

El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica



Franco González Mora
Marcia Barbero Portela

AUTORIDADES

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud

Dr. Jorge Quian

Subsecretario

Dra. Raquel Rosas

Directora general de la Salud

Dr. Enrique Soto

Director del Programa Nacional para Control del Tabaco

Dra. Ana Lorenzo

Consultora técnica del Programa Nacional para Control del Tabaco

Dr. Mario Zelarayán

Director ejecutivo de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

Dra. Laura Garré

Consultora técnica de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica

Franco González Mora

Marcia Barbero Portela



Equipo de trabajo

Franco González Mora (coordinador)
Marcia Barbero Portela (asistente de coordinación)
Camila Porto (consultora)
Franco Lacuesta (asistente)
Gerónimo Brunet (asistente)
Bruno Masci (colaborador)
Inés Besada (consultora en comunicación)

Revisión documental

Marcia Barbero Portela
Franco Lacuesta

Sistematización y procesamiento de datos

Camila Porto
Gerónimo Brunet
Franco González Mora

Corrección de estilo: Alejandro Coto

Diseño: Manosanta desarrollo editorial

ISBN: 978 9974 76 09 8 1

Depósito legal: 376-668

Esta edición se terminó de imprimir al cuidado de Manuel Carballa, en la ciudad de Montevideo, en el mes de febrero de 2020.

El contenido de este libro es de exclusiva responsabilidad de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja la posición de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (La Unión), ni del Ministerio de Salud (MS), ni de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV).

Los autores declaran no poseer conflictos de interés según lo establecido por el artículo 5.3 del CMCT.

El uso de un lenguaje no discriminatorio entre varones y mujeres es un compromiso del equipo de trabajo. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura y en aquellos casos en que no es posible incorporar el lenguaje inclusivo, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a varones y mujeres.

Agradecimientos

El presente proyecto fue posible gracias a una subvención de La Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias.

La Dirección de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores ha permitido la edición, diseño e impresión del presente libro.

Un agradecimiento especial:

A la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, por la receptividad y compromiso que brindó en todo el proceso, haciendo posible que este proyecto tuviera asidero. En especial, a la Dra. Laura Garré y al Dr. Mario Zelarayán.

Al Programa para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud, por su permanente disposición y contribución a miradas diversas y a la generación de nuevas evidencias sobre el consumo de tabaco. En particular, al Dr. Enrique Soto y a la Dra. Ana Lorenzo. El interés y compromiso asumido por el Programa habilita a avanzar en los estudios del consumo de tabaco como fenómeno social y como objeto de estudio de las ciencias sociales.

Al presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, y a la jefa de la Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Dra. Adriana Blanco, por la disposición que han tenido a compartir sus visiones sobre el proceso reciente en Uruguay vinculado al control del tabaco.

Al sociólogo Leonardo Cuello, por su valiosa colaboración y apoyo durante este proceso.

Tabla de contenidos

9	Prólogo
13	Introducción
17	Capítulo 1 La lucha para el control del consumo de tabaco en el contexto nacional e internacional
29	Capítulo 2 La industria y el comercio del tabaco en Uruguay en perspectiva reciente
30	El cultivo y el mercado de tabaco en Uruguay
34	La reacción de la industria tabacalera ante la lucha contra el tabaco en Uruguay
39	Capítulo 3 El papel del Estado uruguayo en el control del tabaco en perspectiva reciente
53	Capítulo 4 Actores claves en la definición de las políticas para el control del tabaco en Uruguay
53	Confluencias de intereses y alianzas en la lucha antitabaco en Uruguay
60	Respuestas de la población ante la política para el control del tabaco

67	Capítulo 5
	Evolución y características del consumo de tabaco en Uruguay y el impacto de las políticas
69	El consumo de tabaco en la población adulta
98	Exposición al humo de segunda mano en el hogar
103	Recomendación médica para dejar de fumar
106	En suma
109	Reflexiones finales
115	Dos visiones sobre el proceso reciente en Uruguay
115	Entrevista al Dr. Tabaré Vázquez
121	Entrevista a la Dra. Adriana Blanco
129	Bibliografía consultada
135	Anexo 1
	Tabla de ajustes realizados a las encuestas para el procesamiento de datos
137	Anexo 2
	Preguntas sobre consumo de tabaco incluidas en las encuestas consideradas en el estudio

Prólogo

Desde el Programa Nacional para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud se entendió oportuno realizar el presente estudio como punto inicial para profundizar en las diferentes aristas de las políticas de control del tabaco. Este interés fue avalado por la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (La Unión) y por la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, por lo cual se decidió encomendarlo a un equipo de profesionales de las ciencias sociales. La Dirección de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores interpretó la necesidad de este trabajo y la posibilidad de su difusión como testimonio a ser tenido en cuenta por otros países y contribuyó a que este estudio pudiese ser publicado.

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad prematura en el mundo. El tabaquismo es uno de sus principales factores de riesgo; condiciona la calidad de vida y condena al sufrimiento y la muerte a millones de personas.

Uruguay, un pequeño país ubicado en el Cono Sur de Sudamérica, en su lucha contra el tabaquismo ha desafiado el poder político y económico de la poderosa industria tabacalera. El compromiso asumido desde una política de Estado ha permitido la aprobación de normas y acciones que, a partir de la adhesión al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT-OMS) en el año 2004, lo han transformado en un país de referencia en la lucha contra el tabaco.

Las encuestas previas a la implementación de las medidas orientadas al control del consumo establecían que más de un tercio de la población adulta en Uruguay era fumadora.¹ Se estimaba que el tabaquismo estaba relacionado directa o indirectamente con aproximadamente 5000 muertes que se sucedían anualmente. Luego de las medidas implementadas se estima que más de 300.000 uruguayos han dejado de fumar, principalmente en los sectores más jóvenes de la sociedad. Estos avances reflejan las huellas transitadas hacia un futuro que debe continuar.

Las acciones emprendidas para concientizar y convencer de los perjuicios del tabaco han significado cambios profundos en nuestra sociedad. Se modificaron hábitos y costumbres que, sin duda, implicaron una transformación cultural. Las políticas han conducido a que la sociedad se interpele con relación a los daños del tabaco. Estas han contado con el decisivo apoyo de los presidentes de turno de los últimos quince años, en particular del Dr. Tabaré Vázquez, pero también es necesario tener en cuenta que se han podido concretar debido a la suma de los esfuerzos provenientes de la sociedad civil, la Sociedad Uruguaya de Tabacología (SUT), el Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo (CIET), los ámbitos universitarios y gremiales, los trabajadores del Ministerio de Salud, la Cooperativa 21 de Octubre, la Junta Nacional de Drogas, el Fondo Nacional de Recursos, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y la Organización Panamericana de la Salud. En definitiva, los resultados alcanzados son el producto de la diversidad y del compromiso de todos los actores que participaron en el proceso.

.....

1 La Encuesta Nacional de Hogares sobre el Consumo de Drogas (ENHSCD) realizada en 2006 establecía una prevalencia en el consumo de tabaco del 31,8%.

Un análisis riguroso de las políticas llevadas adelante para el control del tabaco debe reunir miradas que trasciendan las que se obtienen desde las ciencias médicas. Otras disciplinas se sienten convocadas para contribuir a la generación de conocimiento sobre la materia; los aportes de la sociología y de las ciencias sociales en general contribuyen y enriquecen la interpretación sobre los cambios constatados en el consumo de tabaco a nivel social.

El presente trabajo es una invitación a explorar desde una mirada diferente la historia de los avances en el control del tabaco, entender los principales desafíos, comprender su dimensión, exponer los éxitos y dificultades, las fortalezas y las debilidades.

Este camino encontrará desafíos que deberán superarse si pretendemos consolidar el sitio de país de referencia, donde se pueda seguir avanzando en la lucha contra el tabaquismo jerarquizando el enfoque de género y de equidad social. Confiamos en que este estudio sea una contribución en tal sentido, consolidando el continuo y necesario intercambio de las ciencias sociales con la medicina, aunadas en el marco más amplio de la salud pública.

A todos los que han hecho posible la concreción de la presente investigación les expresamos nuestro más sincero agradecimiento.

Dra. Ana Lorenzo
Dr. Enrique Soto

Introducción

Las medidas para el control del tabaco en Uruguay se han consolidado como una política de Estado. Las evidencias científicas acerca de los daños en la salud asociados a la práctica de fumar, junto con los costos sanitarios, económicos y medioambientales generados por el tabaquismo, parecen haber confluído en un amplio consenso respecto a la consideración del consumo de tabaco como un problema de salud pública. En este marco, las acciones vinculadas al control del tabaquismo constituyen en el país un tema que genera importantes acuerdos entre la comunidad médica y también entre buena parte de la comunidad política. Uno de estos consensos se materializa en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud, que data de 2003 y al que nuestro país adhirió de manera rápida y contundente.

Las políticas orientadas al control del tabaco se enmarcan en la necesidad de atender los llamados *factores de riesgo* de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Estos temas han cobrado un importante vigor en los últimos tiempos en el campo de la salud pública, y el tabaquismo, en nuestro país, parece haberse convertido en el *niño mimado* de las políticas públicas en salud orientadas a la promoción de *estilos de vida saludables* y a la prevención de su contracara, los comportamientos individuales que se relacionan de manera negativa con la salud de las personas. En estas páginas intentamos plasmar un relato, con una perspectiva sociológica, sobre el camino transitado por Uruguay para el control del tabaco, prestando especial atención al proceso reciente.

El primer capítulo es un relato de la situación del país en el contexto regional e internacional con relación a las medidas dirigidas a controlar y disminuir el consumo del tabaco.

En el segundo capítulo se describen las principales características del cultivo y la industria del tabaco en el Uruguay, rubros que históricamente han jugado un papel poco relevante en términos de capacidad de dinamizar la economía nacional.

En el tercer y cuarto capítulos el foco se coloca en las medidas implementadas en el país para la disminución de la prevalencia del tabaco, y en los actores claves involucrados en el proceso.

Seguidamente, en el capítulo cinco, se analizan las distintas mediciones realizadas sobre el consumo de tabaco, identificando los impactos de la política antitabaco con base en el género, la edad y el nivel socioeconómico de las personas. La evidencia disponible da cuenta de que, efectivamente, las políticas implementadas han logrado su propósito —la reducción de la prevalencia del consumo del tabaco—, pero que esa disminución no se manifiesta con la misma intensidad entre diferentes grupos sociales y el margen para seguir la tendencia a la baja implica poner el foco tanto en la disuasión de potenciales fumadores como en el *núcleo duro* de fumadores crónicos.

En la síntesis y reflexiones finales señalamos algunos desafíos que, a nuestro juicio, siguen pendientes. En este sentido, resaltamos la relevancia de que las políticas tomen en consideración el género, la clase social, las generaciones y las intersecciones entre estas dimensiones. Se sugiere complementar el paradigma vigente —centrado en el individuo y con fuerte impronta de la medicina y la psicología— con enfoques que incorporen miradas de otras disciplinas, en particular de las ciencias sociales, e incluyan así los factores macrosociales que podrían condicionar al individuo a lo largo

de su trayectoria vital. Asimismo, se plantea la necesidad de revisar y analizar las limitaciones que el paradigma prohibicionista impone en el sostenimiento de la tendencia a la baja en el consumo de tabaco, y valorar, a la hora de elaborar e implementar políticas para disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, otros paradigmas como, por ejemplo, el de reducción de riesgos y daños, para habilitar así el debate sobre nuevas técnicas y métodos para la cesación tabáquica.

A modo de cierre, presentamos los relatos de dos destacadas personalidades en lo que al control del tabaco refiere: el presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, y la jefa de la Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Dra. Adriana Blanco. Destacan la contundencia y velocidad con que las medidas para el control del tabaco han sido implementadas en el país, al tiempo que identifican como factores relevantes para comprender el éxito del proceso uruguayo el amplio compromiso asumido por la colectividad política y por la sociedad civil organizada, y el importante acatamiento de la sociedad a las medidas adoptadas.

Capítulo 1

La lucha para el control del consumo de tabaco en el contexto nacional e internacional

Las políticas para el control del consumo de tabaco implementadas en Uruguay en el período reciente toman como piedra angular el Convenio Marco para el Control del Tabaco (Framework Convention on Tobacco Control, CMCT por sus siglas en español) de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), adoptado en el año 2003 y puesto en vigor en el año 2005.

Nuestro país fue el primero en ratificar el convenio en América del Sur y uno de los primeros cuarenta Estados que lo hicieron a nivel mundial. Los ambientes libres de humo de tabaco constituyen la primera medida adoptada. Al cabo de tres años, Uruguay ya había puesto en marcha la implementación de una batería importante de medidas encomendadas en el CMCT.

Existe consenso en la comunidad médica internacional acerca de que el tabaquismo es la principal causa de muerte no solo prevenible sino también prematura a nivel mundial. Y que el humo del tabaco no afecta únicamente a quien lo inhala directamente, sino también a quienes aspiran el humo de *segunda mano*.² Por esta razón, el tabaquismo ha marcado

.....

2 Incluye el humo de corriente lateral, que proviene del extremo encendido de un producto de tabaco en combustión, como un cigarrillo, una

gran parte de las acciones implementadas por los Estados y por la OMS y sus oficinas regionales en los últimos veinte años. Las acciones implementadas generan nuevos escenarios en los que comercializa sus productos la industria tabacalera. Esto se ve plasmado en el reposicionamiento con relación a las estrategias de marketing y a las poblaciones que considera cautivas en el mercado (mujeres y jóvenes), que consecuentemente presenta importantes desafíos a la política nacional y supranacional en la lucha contra el tabaquismo.

Se advierte que, si bien el tabaquismo es considerado una epidemia para la salud pública, un conjunto de factores psicológicos, sociales y culturales asociados al acto de fumar mantienen a esta práctica con altos niveles de aceptación social.

Volviendo a nuestro país, cabe preguntarse: ¿desde dónde y cómo se gestó lo que se convertiría en un hito histórico en el control del tabaco? A continuación, se describe el contexto internacional y nacional en el que se enmarca la lucha por el control del tabaco en Uruguay y que colocó a nuestro país como modelo —si no a emular, al menos a seguir con atención— ante los ojos del resto del mundo.

En una perspectiva histórica, se puede identificar a nivel internacional una serie de acontecimientos que fueron pautando las políticas para el control del tabaco. Existen, desde la primera mitad del siglo XX, más de diez tratados internacionales que hacen

.....

pipa o un cigarro. El humo de la corriente lateral puede ser una forma de humo de tabaco en el ambiente. Contiene nicotina y muchas sustancias químicas dañinas que causan cáncer. La inhalación de humo de la corriente lateral aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y puede aumentar el riesgo de otros tipos de cáncer. Su inhalación también aumenta el riesgo de otros problemas de salud como cardiopatías y enfermedades pulmonares. Fuente: Instituto de Cáncer de los Estados Unidos de América, (2019).

referencia a diversas problemáticas vinculadas con el consumo de tabaco. Estos, aun cuando no establecen regulaciones específicas de control, refieren a la preservación de la salud pública en términos generales (Drope y otros, 2018). Se destacan la Declaración Universal de la ONU sobre los Derechos Humanos, en 1948; la Convención de la ONU sobre los Derechos de los Niños, en 1959; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en 1979; y acuerdos y tratados de la OMC en los años noventa.³

Asimismo, dos de los antecedentes más importantes en la lucha internacional contra el tabaquismo son los informes del British Royal College of Physicians en 1962 y del US Surgeon General en 1964. Por primera vez se contaba con evidencia científica que permitía relacionar el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón. Estos estudios estimularon a varios gobiernos a iniciar acciones, dieron comienzo a una etapa signada por una mayor conciencia del daño que el consumo de tabaco provoca en la salud de las personas y allanaron el terreno para el diseño e implementación de políticas públicas orientadas al control del tabaco.

A fines de la década de los sesenta e inicios de la década de los setenta, la resolución XXXIV de la XIX Meeting del Directing

.....

3 Además se pueden citar el Tratado de Roma de 1957; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), ambos de 1976; los tratados tendientes a la liberalización del comercio de 1995 de la Organización Mundial del Comercio (OMC): Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual (TRIPS), Acuerdo de la OMC sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (acuerdo OTC), Acuerdo General de la OMC sobre Comercio y Servicios (GATS), Acuerdo sobre Agricultura de la OMC y Acuerdo sobre Subvenciones y Medidas Compensatorias de la OMC); normas de la ONU sobre las Responsabilidades de las Empresas Transnacionales y Otras Empresas en la Esfera de los Derechos Humanos, de 2003.

Council PAHO,⁴ la resolución de la XXI Meeting del Regional Committee WHO⁵ y la resolución de la Twenty-third World Health Assembly⁶ se constituyeron en antecedentes próximos a uno de los primeros tratados internacionales en materia de salud pública, el Convenio Marco para el Control del Tabaco cristalizado en el año 2003. En la región de las Américas, también representó un hito importante la XXII Committee Meeting realizada en Washington, en 1970, durante la XVIII Pan American Sanitary Conference. En esta instancia, uno de los temas tratados refirió a los riesgos que el tabaquismo provoca en la salud y el impacto que tiene en las oportunidades de desarrollo de los países. En la reunión se pusieron a consideración los resultados de un estudio realizado para conocer la implementación de medidas para la lucha contra el tabaco en los países miembros y Canadá (24 países en total). Estas acciones respondían al impacto que generaba la constatación científica acerca del daño del consumo de cigarrillo a la salud de las personas. En ese momento la OMS comenzó a impulsar acciones tendientes a jerarquizar la necesidad de que los países reportaran las medidas adoptadas para el control del tabaco.

A partir de los años setenta, la difusión de informes y la implementación de medidas orientadas al control y prevención del

.....

- 4 Reunión del Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas (OPS) celebrada en Washington en los meses de junio y julio de 1969.
- 5 Son las reuniones anuales de los Comités Regionales de la OMS. Los seis Comités Regionales de la OMS se reúnen por separado una vez al año para fijar políticas y aprobar el presupuesto y el programa de trabajo de las respectivas regiones. Al preparar estas reuniones se establece un orden del día en el que se abordan en cada caso las necesidades de salud pública específicas de la región.
- 6 Reunión realizada en mayo de 1970, en la que se recomendó, entre otras acciones, que quienes asistieran a estas reuniones no fumaran, a modo de mensaje ejemplarizante, así como que se promoviera la investigación sobre el tema en cuestión.

consumo de tabaco tuvieron impacto en los comportamientos y actitudes de la población, y generaron un cambio en las tendencias de las prevalencias de consumo (disminución del consumo), principalmente en Estados Unidos y en algunos países europeos como Gran Bretaña y los países nórdicos (Jiménez Rodrigo, 2007).

En las últimas décadas, la evolución del control del tabaco ha estado marcada por el pasaje, de intervenciones y acciones puntuales llevadas a cabo por organizaciones de la sociedad civil y por algunos gobiernos, a la consideración del consumo de tabaco como un problema de salud pública a nivel mundial (fundamentalmente a partir de la concreción del CMCT). Junto con ello se definió un plan de acción con estrategias y medidas sostenidas en el tiempo y con el involucramiento de actores locales, nacionales y supranacionales para promover investigaciones que dieran sustento a las políticas, obtener financiamiento y asegurar su cumplimiento y evaluación (Drope y otros, 2018).

En 1999 se inició el proceso que condujo, cuatro años más tarde, a uno de los hitos más importantes en la lucha contra el tabaquismo a nivel internacional: la firma por unanimidad del CMCT de la OMS, considerado como «un movimiento de salud pública mundial» (Bianco, 2005) y uno de los tratados más «rápidos y ampliamente adoptado en la historia de las Naciones Unidas» (OMS, 2019a). Esto ocurrió el 21 de mayo de 2003, durante la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud, e involucró a 192 países. El tratado explicita la necesidad de que la comunidad internacional genere herramientas para el control de un problema que ya era concebido como una epidemia en materia de salud pública. Los argumentos que respaldan estas acciones son principalmente de carácter médico sanitario, epidemiológico, medioambiental y económico.

El Convenio Marco se fundamenta en que el derecho a la vida y a la salud se encuentran por encima del derecho de la

industria tabacalera a la comercialización de sus productos. En este sentido, queda explicitado en el CMCT que este se sitúa por encima de cualquier tratado comercial entre países. Algunos otros principios sobre los que se apoya son el derecho a la información plena de la comunidad y los gobiernos, la necesidad de tomar medidas que se adecuen a la magnitud del problema y de generar compromisos de índole política que además supongan la cooperación internacional, la responsabilización de la industria tabacalera por los daños generados por su producto y la necesidad de incluir la participación de la sociedad civil para dar cumplimiento al convenio.

La Conferencia de las Partes (en adelante COP) es el órgano rector del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y está integrada por todas las partes en el convenio. Su primera reunión (COP 1) fue celebrada en Ginebra en 2006 y en ella se resolvió avanzar en el desarrollo de protocolos en materia de publicidad y de comercio ilícito de productos de tabaco y en el diseño de directrices hacia la protección contra la exposición al humo de tabaco. También se resolvió la conformación de una secretaría permanente en el seno de la OMS en Ginebra. La COP 2, realizada un año después (2007), aprobó algunas de las directrices planteadas en la primera (protección de la exposición al humo de tabaco) y la creación de un grupo de negociación intergubernamental (INB por sus siglas en inglés) que elaborase un protocolo para la eliminación del comercio ilícito.⁷ Posteriormente, se sucedieron conferencias de las partes en los años 2008, 2010 (Punta del Este, Uruguay), 2012, 2014, 2016 y, la última (COP 8), en 2018. De la COP 3 a la COP 7 se avanzó en materia de recomendaciones y orientaciones en materia de

.....

7 En la actualidad existe un protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco del cual Uruguay es parte, luego de aprobarlo en 2014.

educación, comunicación, formación y concientización del público, se adoptaron medidas relativas a la dependencia y al abandono del tabaco, a los precios e impuestos y se propusieron alternativas económicamente viables al cultivo de tabaco. En la COP 6 se dio orientación sobre sistemas electrónicos de administración de nicotina. Durante la COP 7 en Nueva Delhi, en 2016, se consideró por primera vez abordar al tabaquismo a partir de un enfoque de derechos humanos y con perspectiva de género. La última COP, realizada en Ginebra al igual que la primera, retomó esta cuestión y le solicitó a la Secretaría mejorar «la coordinación y la colaboración con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)», con el objetivo de concientizar sobre la importancia de la implementación del CMCT de la OMS en el cumplimiento de los derechos humanos. En esta COP también se adoptó un Marco Estratégico de Mediano Plazo para avanzar hacia un nuevo plan de acción en el marco de la agenda mundial para el control del tabaco. Asimismo, se encomendó a la Secretaría del Convenio invitar a la OMS a elaborar un informe de investigación y aportar pruebas científicas relativas a los productos de tabaco «novedosos y emergentes», en particular, los productos de tabaco calentados.⁸ En este sentido, se solicitó contar con información científica sobre «su impacto sanitario, incluso en los no usuarios, su posible poder adictivo, su percepción y uso, su atractivo, su papel potencial en la iniciación y el abandono del hábito de fumar, su comercialización con estrategias promocionales y su impacto, las afirmaciones en el sentido de que son menos

.....

8 Según la OMS, los productos de tabaco calentados (PTC) «producen aerosoles con nicotina y otras sustancias químicas. Liberan nicotina (contenida en el tabaco), una sustancia altamente adictiva. Además, contienen aditivos no tabáquicos y suelen estar aromatizados. Los PTC permiten imitar el hábito de fumar cigarrillos convencionales, y algunos utilizan cigarrillos diseñados específicamente para contener el tabaco que se calienta». Fuente: OMS (s. f.).

nocivos, la variabilidad de los productos, la experiencia en el ámbito de la regulación y supervisión de las Partes, el impacto en las actividades de control del tabaco y las lagunas en las investigaciones...» (OMS, 2018).

La evidencia aportada por la OMS sostiene que la epidemia del tabaquismo afecta muy especialmente a los países con menor desarrollo económico, principalmente desde los años noventa a partir del importante crecimiento del consumo de tabaco entre mujeres y jóvenes. En las últimas décadas, la transición demográfica y epidemiológica en los países de América Latina deja en evidencia el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante, ENT). Estas se asocian con el consumo de tabaco y posicionan al tabaquismo como uno de los factores de riesgo de mayor relevancia. A partir de la evidencia disponible, la OMS sostiene que el costo económico de los tratamientos de enfermedades relacionadas con el tabaquismo supera a los ingresos provenientes de impuestos generados por la comercialización de los cigarrillos y productos asociados (Drope, y otros, 2018).

También se ha demostrado la nocividad del tabaco para el medioambiente, fundamentalmente por el uso de agrotóxicos y el agotamiento de los suelos en el cultivo de la planta. Asimismo, el humo del tabaco es un gran contaminante de los ambientes interiores.

De las acciones más recientes a nivel internacional, cabe mencionar la reunión de alto nivel de la ONU sobre las ENT realizada en el año 2011, instancia en la que todas las naciones miembros aprobaron un acuerdo para hacer frente a las ENT de mayor prevalencia en el mundo (Eriksen, Mackay y Ross, 2012).

Por su actualidad y relevancia para el tema, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas merece ser destacada aquí, puesto que se suma al CMCT en el fortalecimiento de acciones integradas, con el fin de hacer frente

a grandes problemas de salud. La Agenda 2030, con metas claras para la reducción de las ENT e implementación del CMCT, refuerza la indivisibilidad entre desarrollo económico, social y ambiental y la necesidad de superación de la pobreza, como medio de desarrollo y construcción de una sociedad más justa. La producción y consumo de productos derivados del tabaco se relaciona con varios objetivos de la Agenda 2030, resaltándose los que se refieren a la reducción de la pobreza y el hambre, ya que se sostiene que el tabaquismo es una de las principales causas de desigualdad en salud en el mundo.

En Uruguay, las primeras acciones contra el consumo de tabaco datan de la década de 1920. Se destacan las que emprendieron personalidades consideradas pioneras, como el Dr. Pedro Barcia, quien realizaba acciones de sensibilización entre niños y adolescentes escolarizados para evitar su iniciación en el tabaquismo ya en los años veinte; el Dr. José Saralegui, quien creó la primera Escuela de Educación Sanitaria del Uruguay en los años sesenta y más tarde propuso una serie de medidas para el control del tabaco; en los años setenta, el Dr. Helmut Kasdorf, junto a la Dra. Olga Barcia, realizaron cursos orientados a la prevención del cáncer asociado al consumo de tabaco.⁹

Diversas acciones fueron impulsadas en los años ochenta y noventa, pero a inicios del siglo XXI —en particular, a partir de la ratificación del CMCT— las medidas para controlar el tabaquismo se tornaron más contundentes. Uruguay pasó a formar parte del Convenio el 9 de septiembre de 2004. El CMCT entró en vigor en nuestro país en febrero de 2005 y es el fruto de un importante proceso de activismo, sensibilización y negociación entre diversos actores a múltiples niveles. En este marco, hay que destacar el intenso trabajo desarrollado por la Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ANCT)

.....

9 Estos aspectos son retomados en el capítulo 4.

creada a iniciativa del Ministerio de Salud Pública, el apoyo parlamentario de todos los partidos políticos a la ratificación del Convenio, así como también el fuerte compromiso del primer gobierno de la fuerza política Frente Amplio en la implementación de las medidas enunciadas en el Convenio y la figura del presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez, oncólogo de profesión.

El Convenio es concebido como un tratado de *mínimas*, esto es, presenta lineamientos generales, pero no impide a cada país avanzar *más allá* de lo encomendado. Es un marco para las medidas concretas a adoptar a cuenta de cada uno de los países que lo ratificaron. En Uruguay, una de las primeras medidas adoptadas fue el decreto 268/005, que supuso la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y en ambientes laborales. Unos meses antes, y en coincidencia con el Día Mundial sin Tabaco, el presidente de la República anunció un conjunto de decretos que implicaban restricciones a la publicidad, advertencias sanitarias con imágenes y aumento de los impuestos.¹⁰

Las medidas promovidas por el Convenio se orientan al control de la oferta y a la reducción de la demanda. La regulación de los impuestos y del precio del tabaco fueron concebidas como medidas para afectar el consumo y generar su disminución, en particular, entre los más jóvenes y las personas de menor nivel socioeconómico. La necesidad de implementar medidas concretas para la creación de espacios libres de humo de tabaco se fundamentó en la protección contra la exposición al humo de segunda mano. Entre las medidas encomendadas por el Convenio y adoptadas en el país se pueden citar las vinculadas al empaquetado y etiquetado de los

.....

10 Las medidas adoptadas por Uruguay serán abordadas con mayor detenimiento en el capítulo 3.

productos del tabaco,¹¹ la prohibición de la publicidad engañosa o falsa,¹² la posterior prohibición de la publicidad del tabaco y la adopción de acciones contra el contrabando, así como de cualquier otra forma de comercio ilícito de tabaco.

Las medidas contra el tabaco implementadas en nuestro país lo colocaron en el mapa mundial como ejemplo a seguir en la lucha contra la epidemia del tabaquismo. Uruguay ha tenido el reconocimiento de un amplio abanico de actores, personalidades de los ámbitos político, académico y gremial. Asimismo, la firmeza en la implementación de las medidas antitabaco ha significado varios reconocimientos y galardones para el país y para figuras destacadas en el proceso.¹³

Según la opinión de la experta asesora regional de la OPS/OMS en control de tabaco, consultada para este trabajo, la diferencia del proceso uruguayo con respecto a otras experiencias puede colocarse en la velocidad de los avances en relación con el control del tabaco.¹⁴

.....

- 11 Medidas orientadas a brindar información a la población sobre los potenciales daños a la salud de consumidores y no consumidores, con advertencias sanitarias que deben cubrir 50% o más de las superficies visibles del paquete.
- 12 Con ello se insta a eliminar del empaquetado cualquier indicación que pueda generar la sensación de un menor daño con palabras como *light*, *ultra light*, *mild*, entre otras.
- 13 El presidente Dr. Tabaré Vázquez y la Dra. Ana Lorenzo, entre otros, han recibido reconocimientos a nivel internacional por su trayectoria en la lucha contra el tabaquismo.
- 14 Existen otros países en los que las medidas han sido adoptadas de manera más lenta, como por ejemplo Estados Unidos y Canadá, lo mismo que Brasil en el contexto latinoamericano. La experiencia de Panamá es rescatada como la más similar al caso uruguayo. En ese país se destaca, como en el nuestro, la presencia de una sociedad civil activa, así como una figura clave que ha logrado incidir políticamente para llevar adelante las medidas para desalentar el consumo de tabaco.

A partir del siguiente capítulo, el foco del estudio está puesto tanto en las especificidades del proceso uruguayo como en las características locales de la industria y el comercio del tabaco, pues constituyen el marco en el que tuvieron lugar las medidas que destacaron al país a nivel internacional.

Capítulo 2

La industria y el comercio del tabaco en Uruguay en perspectiva reciente

En el marco de las acciones orientadas al control del tabaco, la industria tabacalera ha sido un actor preponderante, constituyéndose en uno de los focos principales de las políticas inspiradas en el CMCT. La prevención del tabaquismo, a diferencia de otros de los denominados *factores de riesgo* de ENT, ha estado marcada no solo por el desincentivo del consumo, sino por fuertes medidas orientadas a regular y reducir la producción y comercialización del tabaco.

Se suele argumentar, desde la industria tabacalera, que estas medidas pueden generar perjuicios de diversa índole para los Estados, para la economía familiar y para el conjunto de la economía de un país. Sin embargo, existe evidencia que permite sostener que los costos del tabaquismo para la salud pública superan ampliamente la contribución de la industria tabacalera a la economía de un país (Ramos, 2006).

A continuación, se sintetizan algunos aspectos vinculados a la industria tabacalera en Uruguay, las características de su producción y comercio, la participación de las multinacionales y las reacciones frente a las medidas adoptadas por el país en el marco del CMCT. El capítulo se cierra con una especial consideración al litigio entre Uruguay y la multinacional Philip Morris, que constituye un claro ejemplo de las

reacciones de la industria ante las medidas tomadas por los países para desincentivar el consumo de tabaco.

El cultivo y el mercado de tabaco en Uruguay

En general, el tabaco es cultivado en países de ingresos medios bajos y bajos, es decir que involucra a poblaciones socioeconómicamente vulnerables en países que habitualmente registran niveles altos de desempleo e informalidad y precariedad laboral.¹⁵ A los daños que genera a la salud de las personas involucradas en su cultivo se suman, como se mencionó en el capítulo 1, los efectos negativos al medioambiente y a la tierra utilizada para su cultivo, ya que, por un largo período, esas tierras difícilmente podrán reutilizarse.

En Uruguay, de acuerdo con el Sistema de Cuentas Nacionales, el cultivo de tabaco es un rubro de escasa relevancia en el sector agropecuario y en la economía nacional. Un informe del año 2006 (Ramos, 2006) daba cuenta de que en la frontera norte del país (en los departamentos de Artigas y Rivera) se cultivaban aproximadamente 344 hectáreas de tabaco. Se trata de pequeños agricultores que mantienen contratos independientes con la empresa Monte Paz. Con algunas oscilaciones, el cultivo de tabaco representa menos del 0,04% de la tierra dedicada al cultivo agroindustrial,¹⁶ y el 0,73% del total de las explotaciones agropecuarias dedicadas al cultivo de productos agroindustriales (Ramos, 2006).

.....

15 Hacia 2012, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos sostenía que 16 países empleaban mano de obra infantil para la producción de tabaco (Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh y Drope, 2015).

16 Según Ramos (2006), los cultivos agroindustriales constituyen menos del 4% de la superficie terrestre disponible para la agricultura en todo el país.

A inicios de los años setenta se advertía en el país un crecimiento importante de la industria tabacalera impulsada por la tecnificación del cultivo del tabaco. En ese entonces, una de las empresas con mayor participación en el mercado era la Compañía Comercial Greco-Uruguaya, empresa de origen griego que se dedicaba a sembrar y procesar tabaco, que comenzó a operar en el año 1966 en tierras de su propiedad. Un estudio de la época, difundido por el Banco de Seguros del Estado (Gamundi, 1972), glorificaba la explotación de suelos para el cultivo de tabaco, augurando un prometedor futuro para la industria tabacalera en el país debido a su fácil colocación en el mercado, lo que, entre otras cuestiones, traería consigo el alivio de «penurias económicas» a un sector de la población.¹⁷

La empresa Monte Paz, fundada en el siglo XIX —activa en la actualidad—, a diferencia de la Compañía Comercial Greco-Uruguaya, adoptó una estrategia de establecer vínculos con pequeños productores en lugar de adquirir directamente la propiedad de las tierras. Esta empresa inició el cultivo de tabaco en el año 1924 y fue consolidando su hegemonía en el mercado local en el transcurso del siglo XX. La Compañía Comercial Greco-Uruguaya pasó a manos de Monte Paz a mediados de los años ochenta, bajo la modalidad de contratación de pequeños productores —como ocurre en prácticamente todos los países productores de tabaco en la región—, dejando atrás el modelo centralizado de producción. A partir de ese momento el tabaco para la elaboración de cigarrillos en Uruguay se obtendría fundamentalmente a partir de las

.....

17 Según este documento, en ese momento la Compañía Comercial Greco-Uruguaya cultivaba 200 hectáreas en el departamento de Tacuarembó y 200 en el departamento de Rivera. Mientras tanto, la Compañía Industrial Tabacalera S.A. explotaba 30 hectáreas en el departamento de Artigas.

importaciones. Ello supuso, en una mirada histórica, la significativa disminución de la cantidad de hectáreas dedicadas al cultivo de tabaco en el país.¹⁸

A diferencia del vaticinio exitista de aquella publicación de comienzos de los años setenta, actualmente se estima que el cultivo de tabaco es una solución ocupacional para una proporción muy baja de la población activa del país. Diversos estudios dan cuenta de la fragilidad económica y productiva de los pequeños productores de tabaco mediante el sistema descentralizado que se impuso en los años setenta y ochenta (Ramos, 2006). Se estima que ocupa entre 500 y 600 personas (aproximadamente 150 familias) y supone, para que sea rentable, el involucramiento de todo el núcleo familiar, es decir, la necesidad de que todos los miembros de la familia participen en la empresa. Se trata de una población de origen socioeconómico medio y bajo, que complementa esta actividad con otros cultivos zafrales. La vulnerabilidad en la que se encuentran los cultivadores y sus familias queda reflejada en los acuerdos contractuales con la tabacalera y en las condiciones en las que trabajan. Respecto a lo primero, la empresa fija el precio —basado en su calidad— una vez que el producto es cosechado y recolectado; ello supone que los cultivadores no están cubiertos ante eventualidades de carácter meteorológico o de otro tipo. Sobre el segundo punto existe consenso en que el uso intensivo de fertilizantes y pesticidas, así como la exposición a la nicotina,¹⁹ provoca daños a la salud.

.....

18 Se pasó de 930 hectáreas en 1980, a 882 en 1990 y a 344 en 2004.

19 La exposición a pesticidas y a la nicotina genera diversos problemas de salud entre los cultivadores de tabaco (Eriksen, Mackay y Ross, 2012). A modo ilustrativo, en Estados Unidos casi tres cuartas partes de los niños de entre 7 y 17 años que trabajaban en el cultivo de tabaco experimentaron síntomas de la enfermedad del tabaco verde (Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh y Drope, 2015).

Al igual que la agricultura tabacalera, la industria del tabaco en nuestros países es de poca monta y escasa relevancia económica. Aporta un 2,3% del valor total de la producción bruta, los salarios en el sector representan un 0,8% del total de la industria y emplea a tres de cada mil trabajadores del sector manufacturero (Ramos, 2006).

De las empresas que se dedican a la producción y venta al por mayor, solamente una es de capitales nacionales, la Compañía Industrial de Tabacos (Monte Paz, S.A.). Es la única que realiza el procesamiento primario de tabaco.²⁰ Otra empresa de larga historia en el país es Abal Hnos. S.A., fundada en el siglo XIX; junto a Monte Paz S.A. han dominado —a lo largo de la historia— el mercado interno de tabaco en Uruguay.

Dos de las multinacionales que han operado en el país son Philip Morris (representada por Abal Hnos. S.A.) y la British American Tobacco (BAT). Philip Morris ingresó en 1979 habiendo adquirido la empresa uruguaya Abal Hnos. De todas las industrias que operan en el país, la más relevante en términos de participación en el mercado interno ha sido Monte Paz, con cerca del 70% (Ramos, 2006). Philip Morris retiró su planta de producción en 2011, aduciendo que se debía a las medidas para el control del tabaco adoptadas por el Estado uruguayo, aunque continuó comercializando sus productos en el mercado (Sica, González Mora, Abascal y Lorenzo, 2013).

.....

20 Según Ramos (2006), en ese entonces la empresa contaba con 150 empleados en la planta de Rivera y contrataba a 600 trabajadores temporales durante cuatro meses cada año. Mientras tanto, la producción de cigarrillos se llevaba a cabo en la planta de Montevideo que empleaba a 377 personas, según el citado documento. Por su parte, Abal Hnos. utilizaba tabaco importado para la producción de cigarrillos y contaba con un reducido número de empleados en su planta.

La reacción de la industria tabacalera ante la lucha contra el tabaco en Uruguay

En términos generales, se ha señalado que la industria debe su gran éxito a diversos factores; entre ellos, el bajo costo de producción, el extenso mercado mundial, la comercialización de productos adictivos, las campañas publicitarias, la escasa regulación de los Estados a esta rama de la industria, su capital económico y político y el hecho de que tres grandes multinacionales manejan más de la tercera parte del mercado mundial, constituyendo así un oligopolio. Ello ha redundado en la definición de estrategias comunes para evitar la sensibilización de actores a múltiples niveles sobre los efectos del consumo del tabaco (Bianco, 2005).

Existe consenso entre expertos de la OMS de que, en aquellos países en que se ha iniciado el proceso de implementación de las medidas recomendadas por el CMCT, la industria tabacalera reacciona generando *interferencias* de diversa índole. Pueden identificarse al menos dos tipos de estrategias. Por un lado, la búsqueda de amparo en la normativa internacional que regula las transacciones comerciales entre los Estados y las empresas. En este sentido, se han verificado demandas de la industria tabacalera en distintos países²¹ que avanzaron en la regulación del comercio y consumo de tabaco, entre ellos Uruguay. Por otro lado, en el intento de reposicionarse y mantener su participación en el mercado, la industria tabacalera se ha orientado a la búsqueda de nuevos productos como los cigarrillos saborizados y los cigarrillos electrónicos.

En nuestro país, la multinacional Philip Morris reaccionó ante las medidas adoptadas para el control del tabaco e inició en 2010 un proceso judicial contra el Estado ante el

.....

21 Por ejemplo, Estados Unidos, Australia y Noruega.

Centro Internacional para el Arreglo de Diferencias relativas a Inversión (CIADI), alegando la violación del Tratado Bilateral de Inversión (TBI) entre Suiza y Uruguay. El acuerdo tiene como fin proveer garantías de inversión para las compañías y protegerlas de regulaciones gubernamentales, prohibiendo a los gobiernos someter las inversiones a medidas «irrazonables». Inicialmente fueron tres las medidas implementadas por el gobierno uruguayo que Philip Morris recusó, entendiendo que estas excedían las normas orientadas hacia el beneficio de la salud pública y les privaban de la capacidad para utilizar sus marcas registradas (Observatorio de Regionalismo en América Latina y el Caribe, 2016). Específicamente, estas medidas fueron: el requisito de que cada tabacalera debiera presentar una sola variedad por marca,²² la inclusión de *pictogramas* en los paquetes con imágenes gráficas de las consecuencias sanitarias del consumo de tabaco y la orden de que las advertencias cubrieran el 80% del frente y reverso de los paquetes. Como consecuencia de ello, la empresa solicitó una indemnización millonaria, a lo que se sumaban los intereses compuestos contraídos desde la fecha de la violación hasta la fecha de pago, y dejar sin efecto las mencionadas disposiciones de derecho interno (Observatorio de Regionalismo en América Latina y el Caribe, 2016).

La experiencia del juicio resultó —en el momento— un tanto inusual y tuvo la particularidad de que se llevó a cabo al mismo tiempo en Australia. Puede interpretarse que la industria tabacalera pretendió no solo desacelerar las medidas, sino que además se revirtiera la situación con relación al control del tabaco, colocando la experiencia uruguaya como un antecedente a nivel internacional de la relación entre la industria del tabaco y los Estados que avancen en la implementación del CMCT.

.....

22 Las empresas pueden tener más de una marca, pero una única presentación por marca.

Finalmente, la resolución del fallo del CIADI de 2016 fue favorable a Uruguay.²³ Los reclamos de la multinacional fueron desestimados y se reconoció la soberanía del Estado uruguayo al momento de regular y proteger la salud pública, entendiendo que las medidas fueron aplicadas sin incurrir en responsabilidad internacional por expropiación indirecta, violación del trato justo y equitativo o inobservancia de compromisos. Asimismo, el laudo arbitral determinó que la empresa Philip Morris debía hacerse cargo de los honorarios y gastos administrativos incurridos por el Estado uruguayo y los gastos del tribunal.

El resultado de este litigio constituye un antecedente para aquellos países que luego de la implementación de importantes medidas orientadas al control del tabaco se vean amenazados por demandas de la industria tabacalera. Sin embargo, la posibilidad de un litigio largo y costoso es un riesgo que muchos países aún miran con escepticismo. Más recientemente, en Uruguay, dos de las compañías tabacaleras que operan en el mercado presentaron, sin éxito, una acción de amparo judicial a nivel local ante la aprobación en 2017 de un proyecto de ley de empaquetado genérico de cigarrillos.

Un aspecto ya mencionado que cabe subrayar, en el caso uruguayo, es la baja relevancia económica del cultivo de tabaco en la economía del país. Se trata, además, de una actividad precarizada y zafral, desarrollada por núcleos familiares —inclusive los niños— de bajo nivel socioeconómico. Estas características le han quitado trascendencia a los argumentos de la industria tabacalera que asocian las medidas para

.....

23 En esta instancia, según fuentes consultadas para este estudio, fue central la participación del por entonces expresidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, que incidió para que el país no cediera ante la demanda de la multinacional.

el control del tabaco con efectos negativos para la economía y el mercado laboral.

La confluencia de estos aspectos podría haber contribuido, desde la perspectiva de quienes concibieron las políticas para el control del tabaco, a la severidad y contundencia con que estas fueron implementadas. Más allá de cualquier argumento de índole científica (aunque, de más está aclarar, sin desdeñarlo), en términos de racionalidad instrumental, el costo sanitario del tabaquismo parecería superar al costo de colocar barreras a una actividad económica que no contribuye de manera significativa al dinamismo de la economía ni al bienestar económico de la población.

Resulta destacable que, a diferencia de otros factores de riesgo para las ENT, en el caso del tabaquismo las acciones desarrolladas no parecen ajustarse al pie de la letra con el paradigma hegemónico de la salud pública (Petersen y Lupton, 1996), que tiende a colocar el foco de sus medidas —y, por consiguiente, también buena parte de la responsabilidad de su éxito— en el actor individual, alentando a desincentivar comportamientos considerados negativos para su salud. En el caso particular del tabaquismo, las medidas de política pública han oscilado entre la concientización del consumidor y la regulación de la producción y el comercio de los productos del tabaco, con un fuerte énfasis en este segundo aspecto.²⁴

Ante estas medidas, hemos identificado dos grandes tipos de respuestas de parte de la industria tabacalera orientadas a desacelerarlas y/o a recuperar mercado. En el primer caso, se

.....

24 No se identifican acciones similares, centradas en la producción y comercialización, en otros comportamientos considerados de riesgo para la salud, como por ejemplo los casos de alcoholismo y dieta considerada inadecuada.

trata de interferencias de diversa índole y envergadura ante los anuncios de las acciones desarrolladas para el control del tabaco. A modo ilustrativo, en estas páginas hemos dado cuenta de la apelación a mecanismos de corte legal —como lo fue la demanda de la multinacional Philip Morris contra el Estado uruguayo—, que se orientan a colocar un freno a la política antitabaco pero también buscan sentar precedentes que desincentiven a otros países a recorrer estos caminos. En el segundo caso, se trata del lanzamiento y posicionamiento de nuevos productos como los cigarrillos saborizados y los SEAN (sistemas electrónicos de administración de nicotina, también conocidos como *e-cigarettes*, cigarrillos electrónicos o vaporizadores personales). Sobre este último aspecto, resta conocer en profundidad las percepciones de la población acerca de estos productos, que pueden resultar al menos novedosos y que se han presentado en otros países como una estrategia para la cesación tabáquica en el marco del paradigma de reducción de riesgos y daños.

En el siguiente capítulo se describen las principales acciones del Estado uruguayo para el control del tabaco en los últimos 15 años.

Capítulo 3

El papel del Estado uruguayo en el control del tabaco en perspectiva reciente

Uruguay, al igual que la mayoría de los países de la región, adoptó medidas desde el Estado para el control del tabaco en forma contundente y sistemática recién en la primera década del siglo XXI. El proceso que condujo a posicionar al Estado uruguayo como pionero en América Latina en la adopción de medidas para el control de tabaco se enmarca en el contexto más amplio de combate a los denominados factores de riesgo de las ENT. En un país con una estructura poblacional envejecida, el aumento del peso relativo de las defunciones por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio, entre las poco más de treinta mil defunciones que se registran en el país anualmente, no ha pasado desapercibido por las autoridades sanitarias.

En el campo de la salud pública, el tabaquismo se ha constituido en uno de los factores de riesgo de mayor relevancia para la definición de acciones orientadas a disminuir la mortalidad asociada a las ENT. El foco de las preocupaciones no se restringe a la mortalidad, sino que gran parte de las acciones de salud pública se apoyan en discursos que señalan a las enfermedades asociadas al comportamiento de las personas como responsables de la alta morbilidad en amplios sectores de la población, principalmente en los

adultos y adultos mayores.²⁵ Se sostiene que el cuidado, la atención y el tratamiento de las personas que padecen estas enfermedades genera un alto costo social y económico, que afecta principalmente a las familias y a los sistemas de seguridad social.

Como correlato de la importancia que los factores de riesgo de ENT adquieren en el campo de la salud en nuestro país, surge la necesidad de generar información sobre la prevalencia de estos, así como de conocer el perfil sociodemográfico y socioeconómico de las personas que registran algunos de estos hábitos considerados de riesgo para la salud. De este modo, se comenzaron a destinar recursos para incorporar en las estadísticas oficiales mediciones sobre los factores de riesgo de ENT. Así, el Instituto Nacional de Estadística, en coordinación con la Junta Nacional de Drogas (ambos dependientes de Presidencia de la República), comenzó a incorporar en sus encuestas bloques temáticos o módulos sobre tabaquismo, alcoholismo, dieta, sedentarismo y actividad física. En el segundo lustro de la década de los 2000 se dio un impulso importante a estas mediciones, acompañando el paquete de medidas adoptadas en torno a la prevención del tabaquismo. Surgió entonces la Primera Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de ENT (2006), el módulo sobre salud en la Encuesta Nacional de Hogares ampliada del INE (2006), la primera Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en adultos (2009) y se les dio continuidad a las encuestas sobre consumo de drogas en adolescentes iniciadas en los años noventa del pasado siglo.

.....

25 La OMS ha identificado ocho factores de riesgo preponderantes para la explicación de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuatro de los cuales se asocian con el comportamiento de las personas —denominados factores de riesgo conductuales—, a saber: consumo de tabaco, consumo problemático de alcohol, dieta inadecuada y sedentarismo.

El proceso de lucha contra el tabaquismo en el Uruguay no estuvo exento de complejidades e implicó la búsqueda de amplios consensos en la órbita estatal, con la sociedad civil organizada, con la academia y con el sector empresarial.²⁶ El conjunto de actores que conforman el discurso hegemónico sobre el control del tabaco reconoce las dificultades que existieron en la generación e implementación de estrategias, sin dejar de valorar positivamente todas las medidas implementadas al resguardo de los lineamientos establecidos por el CMCT.²⁷

En este marco, el desafío asumido consistió en concientizar en los más diversos ámbitos acerca de la centralidad de la temática, con acciones orientadas a involucrar a las élites políticas y económicas, a la academia y a la población en general. Asimismo, la lucha antitabaco contó con el apoyo de la sociedad civil organizada, sindicatos de la salud, gremiales médicas, asociaciones y organizaciones embanderadas con la disminución del tabaquismo, que habilitaron el proceso de legitimación social de la campaña. La conformación, en el año 2000, por iniciativa del Ministerio de Salud, de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ANCT),²⁸ integrada por

.....

- 26 Cabe señalar que la búsqueda de consensos con el sector empresarial no incluye a la industria del tabaco. El CMCT recomienda a los países avanzar en las políticas para el control del tabaco sin establecer vínculos de ningún tipo con la industria y parece ser el camino que eligen los países que avanzan en tal sentido.
- 27 Las estrategias se fundamentan con argumentos de corte científico, legal, sanitario, económico y epidemiológico.
- 28 La Alianza Nacional para el Control de Tabaco surgió en el seno de la Dirección General de Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública (MSP) y estuvo integrada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el gobierno municipal de Montevideo (IM), las Comisiones Honorarias de Salud Cardiovascular y de Lucha Contra el Cáncer, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI), la Universidad de la República, la ONG Fumadores Pasivos Uruguayos y la Sociedad Uruguaya de Médicos

organismos estatales nacionales y municipales, instituciones públicas no estatales, academia, sociedad civil organizada y organismos supranacionales, representó un hito fundamental en el posicionamiento de la temática en la agenda pública y política y en la concomitante legitimación social y política de la prevención del tabaquismo. La confluencia de intereses de actores institucionales, individuales, políticos, académicos y sanitarios, como se verá más adelante, se constituye en una de las principales claves no solo de la rápida alineación con el Convenio Marco sino también de la asertividad de las medidas implementadas en Uruguay.²⁹

La primera medida adoptada por el país tras la ratificación del CMCT fue la de ambientes 100% libres de humo de tabaco. El CMCT establece la necesidad de diseñar e instrumentar iniciativas para la protección de los no fumadores contra la exposición al humo del tabaco. En Uruguay existían, desde los años noventa, prohibiciones parciales sobre fumar en lugares públicos. Esta medida se orientó a desnaturalizar la práctica de fumar, desalentar la iniciación del consumo e incitar la cesación tabáquica. A través de un decreto presidencial (98/004) en el año 2004 se mandató a que todos los establecimientos de salud fueran 100% libres de humo de tabaco. Un nuevo decreto del año 2005 (268/05) extendió los ambientes 100% libres de humo de tabaco, prohibiendo fumar en espacios públicos cerrados, lugares de trabajo,

.....

de Familia (SUMEFA). Por mayor información véase el capítulo 4 del presente trabajo.

29 A modo de ejemplo, cabe señalar que, si bien la reacción de empresarios nucleados en las asociaciones de bares, restaurantes y comercios en general se ha identificado como una dificultad inicial en este proceso, el diálogo con la gremial del comercio minorista de la alimentación, el Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU) fue un aspecto fundamental para la aceptación de las medidas adoptadas por el Estado uruguayo.

bares, restaurantes, transporte público, espacios abiertos de instituciones de salud y educativas. El decreto,³⁰ efectivo a partir del 1 de marzo de 2006,³¹ colocó a nuestro país como el primero en Latinoamérica y uno de los primeros en el mundo en implementar este tipo de acciones.

Otra serie de decretos fue aprobada, en el mismo año, el Día Mundial sin Tabaco. Entre ellos se incluyeron medidas como el aumento de impuestos, advertencias sanitarias, prohibición de términos engañosos y de publicidad, promoción o patrocinio en actividades deportivas.

Tal como lo establece el artículo 13 del CMCT, Uruguay ha adoptado medidas contra la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco mediante decretos y luego mediante leyes. En 2008, la ley n.º 18256 estableció la prohibición de la publicidad directa e indirecta del tabaco, así como su promoción (muestras gratis, regalos u ofertas de precios especiales, ropa, folletos), patrocinio de eventos y realización de donaciones. La ley también dispuso la exhibición de advertencias sanitarias en los puntos de venta que versaran sobre el riesgo que supone el consumo de tabaco. De todos modos, las empresas tabacaleras buscaron y adoptaron estrategias que les permitieron publicitar sus productos en el exterior de los puntos de venta. Ante ello, en mayo de 2013 el Ministerio de Salud presentó un proyecto de ley orientado a la prohibición total de la publicidad en puntos de venta, incluyendo la exhibición de productos.

.....

30 Los contenidos del decreto serían más tarde incluidos en la Ley de Control del Tabaco de 2008 (n.º 18256).

31 En forma paralela se dio inicio a la fiscalización del cumplimiento del decreto, a cargo de inspectores del Ministerio de Salud Pública.

En nuestro país los descriptores considerados engañosos sobre los productos de tabaco —tales como *light*, *ultra light*, *suave*, *bajo alquitrán*—³² fueron prohibidos en 2005 (decreto 171). Esta prohibición se extendió, al cabo de tres años (decreto 284), a descriptores, marcas, términos símbolos gráficos o colores dirigidos a disminuir la percepción de riesgos. En 2009, un decreto del Poder Ejecutivo³³ dispuso que cada marca podría tener una sola presentación. Es probable que el conjunto de medidas adoptadas por el Estado desde el año 2005 para controlar el consumo de tabaco y regular su comercialización haya incentivado a las empresas tabacaleras a buscar reposicionarse en el mercado para evitar y/o minimizar las eventuales pérdidas, ya sea ofreciendo nuevos productos, intentando frenar la *ofensiva* estatal, o ambas cosas. Ejemplos de esto son la producción y comercialización de nuevos tipos de cigarrillos (con filtros con aditivos de mentol, cigarrillos electrónicos) y la demanda contra el Estado uruguayo impulsada por la multinacional Philip Morris.³⁴

En Uruguay, el impuesto al tabaco está contenido en el IMESI (impuesto específico interno). El aumento de los impuestos al tabaco ha sido una de las principales medidas adoptadas en el país a partir de la ratificación y puesta en marcha de las recomendaciones del CMCT. Con esto se busca desincentivar el consumo de tabaco entre los fumadores y desincentivar la iniciación en el hábito de fumar entre los más jóvenes, a partir de hacerlo menos asequible. Las medidas relativas a la política impositiva suelen ser consideradas con cierta preocupación por los Estados dado que, desde diferentes sectores (incluidas las empresas tabacaleras), se especula con que generan

.....

32 Descripción que se orienta a crear la impresión de que el producto es menos dañino.

33 El decreto 514, que entró en vigor en febrero de 2010.

34 Para mayor información, véase el capítulo 2 de este trabajo.

un aumento en la circulación de cigarrillos de contrabando, con su corolario en la disminución de la recaudación fiscal. No obstante, la evidencia disponible da cuenta de que el aumento de impuestos al tabaco es una política costo-efectiva³⁵ para desincentivar su consumo, que no tiene efectos negativos para la economía de un país, y que el aumento del contrabando responde más que nada a la capacidad de los países para controlar este tipo de actividades ilícitas.

En Uruguay, en mayo de 2005 se aprobó la suba de impuestos a los productos de tabaco.³⁶ En 2007, en el marco de una reforma tributaria, estos productos comenzaron a gravarse con el IVA (impuesto al valor agregado). Los aumentos de los impuestos se produjeron de manera relativamente progresiva y sostenida y repercutieron en el aumento de precios. No obstante, la asequibilidad de los productos de tabaco no ha disminuido de manera drástica debido, entre otros factores, al progresivo aumento del ingreso de los hogares. Estudios realizados en el país sostienen que los gastos sanitarios vinculados al tabaquismo superan ampliamente la recaudación fiscal por concepto del impuesto al tabaco y, por tanto, recomiendan reforzar la política impositiva (Ramos, 2006). La suba de impuestos debe provocar que el precio de los productos de tabaco se ubique por encima de la mejora del poder adquisitivo y de la inflación.

Hasta el año 2008, la mayor parte de las medidas adoptadas en nuestro país vinculadas al control del tabaco fueron

.....

35 Con ello nos referimos a la efectividad de la política tanto en términos de costos como de los resultados sanitarios obtenidos a partir de su aplicación. Se ha estimado que un aumento del 10% de los impuestos al tabaco tendría un costo-efectividad similar al de la vacunación infantil (Ramos, 2006).

36 Estos productos eran gravados solamente con el IMESI (impuesto específico interno).

aprobadas por medio del decreto como herramienta privilegiada. No fue sino hasta 2007 que comenzó a discutirse una ley integral de control de tabaco, que se aprobó en marzo del siguiente año (ley n.º 18256), incorporando, además del contenido de los decretos anteriores, otra serie de medidas consideradas relevantes.³⁷

El Convenio Marco prevé la implementación de medidas en relación con el envasado y etiquetado de productos de tabaco. A partir del decreto 171/05 de mayo del año 2005 fueron incluidas imágenes con advertencias sanitarias y se lanzaron tandas publicitarias con el objetivo de transmitir mensajes informativos sobre los daños del tabaco. Uruguay fue el octavo país del mundo en hacerlo. En esta línea, en 2008 se estableció que las advertencias sanitarias debían cubrir al menos el 50% de los dos lados de la caja con imágenes explícitas. El tamaño de las advertencias se incrementó al 80% de la cajilla en junio de 2009. Estas medidas le merecieron al país, en marzo de 2012, el reconocimiento Bloomberg Award for Global Tobacco Control. Recientemente, el Programa para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud dio a conocer cuatro nuevos pictogramas con nuevas advertencias sanitarias, cuyo blanco privilegiado son las mujeres. Los pictogramas y mensajes buscan desalentar el consumo de tabaco entre las mujeres aludiendo a los efectos *internos* y *externos*³⁸ del

.....

37 Estas medidas incluyeron la prohibición amplia de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco y establecieron la obligatoriedad del diagnóstico y tratamiento de la dependencia al tabaco en el primer nivel de atención en todos los servicios de salud públicos y privados.

38 Sobre este último aspecto, vale la pena llamar la atención acerca de la potencial reproducción de estereotipos de género en el marco de una política de salud pública. Sostenemos que las políticas orientadas al control del tabaco deben necesariamente tomar en consideración el enfoque de género, generaciones y clase social. El primero de los aspectos mencionados, el de la perspectiva de género, se torna

tabaquismo. Esta nueva tanda de advertencias se enmarca en la nueva legislación sobre empaquetado, etiquetado y diseño neutro de cigarrillos (ley n.º 19723, 2018).

El CMCT dispone que las políticas para el control del tabaco deben simultáneamente acompañarse de acciones dirigidas a la sensibilización de la población en relación con el tema, a través de acciones de promoción, educación y difusión de información. Además de las acciones pioneras en torno al control del tabaco en el país, pueden identificarse algunos antecedentes en materia de concientización y sensibilización de la población con anterioridad de la implementación del paquete de medidas encomendado por el Convenio Marco. En este sentido, cabe destacar la campaña «Deja el cigarrillo antes que la vida te deje a vos» realizada por el Fondo Nacional de Recursos en 2004, dirigida a incentivar la cesación tabáquica. Asimismo, se ha considerado como un importante antecedente con relación a los espacios cien por ciento libres de humo de tabaco la realización, en 2003, del primer taller sobre espacios libres de humo de tabaco para América Latina, en Uruguay, a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En la actividad se capacitó sobre el tema a actores de diversos ámbitos vinculados

.....

especialmente relevante si una de las principales preocupaciones en la hechura de las políticas se vincula con el consumo diferencial del tabaco entre varones y mujeres. Indagar en profundidad los motivos de la iniciación tabáquica, así como las dificultades para la cesación a través de perspectivas metodológicas de corte cualitativo, podría arrojar luz para comprender las complejidades que la cuestión encierra y avanzar hacia políticas que, desde su concepción, tomen en consideración la voz de los actores, reconozcan sus realidades y permitan resquebrajar las posibles barreras —de clase, género, edad y de otros tipos— que puedan estar confluyendo en la explicación de las distintas prevalencias del tabaquismo (así como de otros factores de riesgo) entre varones y mujeres en nuestro país (Empaquetado de cigarrillos..., 13 de diciembre de 2019).

al control del tabaco. De este modo, se ha sostenido que el camino previo recorrido por los actores involucrados en la temática, así como la sensibilización de la población, abonaron el terreno para la implementación de medidas más contundentes a partir del año 2006.

Otras campañas a destacar fueron «No me hagas humo», orientada a sensibilizar sobre el riesgo del humo para los fumadores pasivos y realizada por el Ministerio de Salud Pública, así como «Un millón de gracias», en 2006, lanzada por la Alianza Nacional para el Control del Tabaco.³⁹ Esta última preparó el terreno para la implementación de la medida de ambientes libres de humo de tabaco y tuvo como particularidad que se recogió un millón de firmas a modo de agradecimiento de parte de los no fumadores a los fumadores, por no hacerlo en espacios públicos. Ese mismo año, y en ocasión del Día Mundial Sin Tabaco, la Alianza encabezó la campaña «Uruguay, libre de humo de tabaco». También pueden mencionarse otras actividades como exhibiciones para alumnos de educación primaria y media (2007) organizadas por el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) y el CIET (Centro de investigación para la epidemia del tabaquismo) y la campaña educativa en los medios en 2012, cuyo contenido fue recogido en nuevas advertencias sanitarias.

Tal como lo recomienda el CMCT, en Uruguay se han realizado acciones para la promoción de programas de cesación tabáquica. El Fondo Nacional de Recursos (FNR) comenzó a brindar tratamientos para la adicción al tabaco en forma gratuita a partir de 2004, y en 2005 se creó una multiplicidad de nuevos programas para el tratamiento, a cargo de personal del Fondo. Además, como se mencionó, a partir de la ley

.....

39 Debe destacarse que el presidente Dr. Tabaré Vázquez anunció la campaña por medio de una cadena nacional.

integral del año 2008 (n.º 18256), la atención primaria debe incluir el diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco, tanto en efectores del ámbito público como privado. Ello supone que el diagnóstico y el tratamiento se incluyan en el Sistema Nacional Integrado de Salud, la elaboración y seguimiento de guías y protocolos y, como contracara, la capacitación del personal de salud en la temática. También se creó en 2013 una línea de teléfono de ayuda para consumidores.

Este recorrido, concebido como exitoso para la comunidad internacional, ha implicado también sortear obstáculos de entidad. En primer lugar, la aplicación de la política para el control del tabaco tuvo que enfrentar, como uno de sus principales adversarios, a la gran aceptabilidad social que tiene el consumo de tabaco, no solamente entre la población en general sino también entre las elites políticas y también entre los profesionales de la salud, incluidos los médicos. En segundo lugar, se identifica como una barrera las interferencias de la industria tabacalera ante cada una de las medidas para el control del tabaco anunciadas, que llegaron a constituirse en el año 2010 en una demanda contra el Estado uruguayo de parte de la multinacional Philip Morris.⁴⁰ Asimismo, se ha reconocido como una dificultad la articulación entre una gran multiplicidad de actores e instituciones con diferentes niveles de representatividad y acumulación en la temática en cuestión, con enfoques en ocasiones divergentes respecto de las medidas a priorizar para combatir la llamada *epidemia* del tabaquismo. No obstante, se destaca como altamente valioso el trabajo realizado desde la Alianza Nacional para el Control del Tabaco⁴¹ que,

.....

40 Las resistencias de la industria tabacalera a las medidas para el control del tabaco en el país son presentadas en el capítulo 2.

41 El papel de la Alianza y de los actores e instituciones de diversa índole que esta aglutinó se retoma con mayor detenimiento en el capítulo 4.

según se ha señalado, ha supuesto que en ciertas oportunidades llegar a acuerdos implicase dejar de lado puntos de vista de carácter personal o de las instituciones a las que representaban los actores que integraban la alianza.

Entre los actores claves del campo del control del tabaco en nuestro país existe consenso de que la lucha contra el tabaquismo se ha, cuando menos, ralentizado. En materia legislativa el país avanzó significativamente en lo que se ha denominado como estrategia MPOWER (monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención, protección a las personas del humo de tabaco, ofrecer ayuda para dejar el tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, fortalecer las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco y aumento de los impuestos al tabaco). Sin embargo, si se toman en cuenta las recomendaciones del CMCT y también las surgidas en las Conferencias de las Partes celebradas hasta el momento, se constata que existen aspectos de la política que no han tenido el nivel de desarrollo de otras áreas. Se destaca que el país no logró cumplir con los requisitos que se sugieren en el área financiera relativos a la carga impositiva (diseño y administración de los impuestos al cigarrillo) y a la correspondiente disminución de la asequibilidad de los productos del tabaco (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Por tanto, se hace necesaria una nueva ola de medidas orientadas a mantener la caída del consumo entre los fumadores crónicos y una baja tasa de iniciación tabáquica entre los jóvenes.

A pesar de las dificultades enunciadas y los asuntos pendientes, la política para el control del tabaco es vista con aprobación por la población en general,⁴² así como por buena parte de los propios actores involucrados en su elaboración,

.....

42 Este tema será retomado en el capítulo 4.

implementación y seguimiento. Se ha destacado la rapidez y contundencia con que las medidas han sido concebidas y puestas en práctica en el país, y el amplio consenso generado en torno a ellas. Esto ha colocado a Uruguay como un país a seguir de cerca, incluso a tomar como modelo, a la hora de la implementación y cumplimiento de medidas para el control del tabaco.

Capítulo 4

Actores claves en la definición de las políticas para el control del tabaco en Uruguay

Como fue mencionado, las políticas para el control del tabaco implementadas en nuestro país en el siglo XXI toman como piedra angular el CMCT de la OMS, ratificado en 2004. No obstante, ya desde los años cincuenta se pueden identificar diversas acciones e iniciativas que se orientan a ello. En este capítulo se identifican los principales actores vinculados con el control del tabaco en nuestro país, colocando el foco especialmente en los actores involucrados en el proceso que derivó en la ratificación del Convenio Marco y en aquellos que participaron activamente en la elaboración e implementación de las medidas para desincentivar el tabaquismo en el período reciente.

Se toman en consideración las respuestas de la opinión pública relevadas a partir de diversas encuestas, como expresión del modo en que la sociedad en su conjunto ha recibido las medidas adoptadas, que entendemos constituye un aspecto central de su éxito.

Confluencias de intereses y alianzas en la lucha antitabaco en Uruguay

Diversos trabajos dan cuenta de que la génesis de la política orientada hacia control del tabaco en Uruguay radica en el

trabajo de figuras destacadas de la medicina a nivel nacional, el Dr. José Saralegui y el Dr. Helmut Kasdorf, quienes iniciaron acciones consideradas como pioneras desde diversos ámbitos a partir de la década de 1950.⁴³ El Dr. Kasdorf, profesor del Departamento de Oncología, organizó en nuestro país el Congreso Mundial de Control del Tabaquismo en los años setenta. Se destaca también el trabajo de la Dra. Beatriz Goja, otra de las personalidades que con su labor y compromiso en la temática abonaron el terreno para la implementación de la política del control del tabaco en el período reciente. Todas ellas se convirtieron en figuras emblemáticas del antitabaquismo en Uruguay.

A este impulso inicial le siguieron diversas iniciativas durante los años ochenta, noventa e inicios del presente siglo a diversos niveles, involucrando actores e instituciones variados (Sica y otros, 2013). Entre estas se pueden mencionar la instalación en el Hospital de Clínicas de la primera Policlínica de Tratamiento de Tabaquismo en el ámbito público, en 1988, y diversas acciones de educación apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA) en los años noventa dirigidas a docentes de educación primaria y media, orientadas a reducir la prevalencia del consumo de tabaco y retrasar la edad de inicio entre la población infantil y adolescente. La instalación de la primera policlínica pública de tratamiento supuso la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud para ello. En este sentido, la Facultad de Medicina de la Universidad de la República realizó el primer

.....

43 Nos referimos concretamente a las encuestas de prevalencia de consumo de tabaco entre estudiantes de enseñanza media y funcionarios públicos realizadas por el Dr. Saralegui en los años cincuenta y las acciones desarrolladas por el Dr. Kasdorf desde diversos organismos con miras a controlar la publicidad del producto y limitar por ley los espacios para su consumo.

curso para posgraduados sobre tabaquismo en 1994 —año en que también se proclamó a la Facultad de Medicina como *edificio sin humo de tabaco*— y comenzó a formar a los estudiantes que en su carrera transitaban por la clínica en el tema (en la que jugó un papel importante la Dra. Beatriz Goja).

Como fue dicho, un hito importante fue la creación de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ANCT), organización no gubernamental impulsada por la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública a partir del año 2000. Convergían en la Alianza una multiplicidad de instituciones y actores individuales representativos del campo de la salud pública y de la medicina en general en nuestro país, entre los se encontraban la Organización Panamericana de la Salud - Delegación Uruguay, el Ministerio de Salud Pública, la Intendencia de Montevideo, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, la Universidad de la República (Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas, Clínica Médica A), la ONG Fumadores Pasivos Uruguayos y la Sociedad Uruguaya de Médicos de Familia (SUMEFA). El trabajo conjunto y coordinado desde esta organización contribuyó de manera significativa a colocar el tema del tabaquismo en la agenda pública del país y a promover la ratificación del CMCT. La Alianza, que funcionó hasta el año 2006, desarrolló una fuerte actividad de activismo y sensibilización respecto del tema, dirigida tanto a la opinión pública como a los medios de comunicación y los actores políticos (Sica y otros, 2013).

Los actores involucrados en la *lucha* antitabaco destacan como altamente positiva la voluntad política, encarnada en la figura del presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez. Además de él, otros actores individuales fueron claves en el discurso de los actores del campo del control del tabaco, muchos de ellos integrantes de la Alianza Nacional para el Control del Tabaco. Entre ellos, han sido figuras destacadas

de la Alianza la Dra. Adriana Blanco de OPS,⁴⁴ que brindó un importante apoyo para las primeras instancias de implementación de ambientes libres de humo de tabaco; el Dr. Eduardo Bianco,⁴⁵ responsable de la Comisión de Tabaquismo del Sindicato Médico del Uruguay; la Dra. Beatriz Goja, presidenta de la Sociedad Uruguaya de Tabacología, académica, profesora de la Facultad de Medicina; el Dr. Miguel Asqueta, reconocido como un articulador importante con relación al tema en el ámbito parlamentario, que sin pertenecer al partido de gobierno, trabajó fuertemente a partir de 2005 para lograr la adhesión de otros partidos políticos desde la Comisión de Salud, lo que generó un amplio consenso parlamentario en torno al tema. Otros actores destacados son el Dr. Diego Estol, director general de Salud entre 2000 y 2005; la Dra. María Julia Muñoz, ministra de Salud del primer gobierno del Frente Amplio; el también director general de la Salud Dr. Jorge Basso; el director del Programa de Control de Tabaco, Dr. Winston Abascal y la Dra. Ana Lorenzo, del Programa Nacional para el Control de Tabaco.

Además de las citadas personalidades, provenientes en su mayoría del ámbito público o científico, jugaron un papel importante actores de la sociedad civil como los usuarios y los fumadores pasivos. En este sentido, se destaca la figura de la presidenta de la ONG Fumadores Pasivos del Uruguay,⁴⁶

.....

44 Existe consenso en que la OPS ha desempeñado un papel importante en términos de apoyo técnico y también económico para la elaboración y puesta en marcha de las medidas para el control del tabaco en el Uruguay.

45 También es el director para Latinoamérica del programa de control de tabaco de la Fundación Interamericana de Corazón y, desde 2007, del Centro de Investigación de la Epidemia del Tabaquismo, director para Latinoamérica de la Alianza para el Convenio Marco, Tobacco Convention Alliance.

46 Fumadores Pasivos del Uruguay dejó de funcionar en 2008. No obstante, se reconoce que ha sido una organización importante a la hora

Sra. María Inés Rocca, así como también la Sra. Olga Estefan, de la Asociación de Laringectomizados del Uruguay.

En este proceso tuvieron especial relevancia las instituciones públicas no estatales (comisiones honorarias) y las gremiales y asociaciones médicas, nucleadas y organizadas colectivamente en la Alianza. La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular ha desarrollado capacitaciones, investigación, así como diversos programas orientados a mejorar la situación de quienes padecen enfermedades cardiovasculares. Por su parte, la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, desde el área de capacitación técnico profesional, también ha desarrollado acciones de promoción, investigación, capacitación (es la primera organización que dicta cursos de posgrado vinculados al control del tabaco) y campañas de educación poblacional. Fueron significativos los trabajos de divulgación de información y de implementación de espacios libres de humo de tabaco que desde el área de Educación Poblacional de esta Comisión comenzaron a realizarse en los años noventa.

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Federación Médica del Interior (FEMI) se reconocen como organizaciones altamente relevantes en lo que fue la conformación de la Alianza. El SMU tuvo un importante papel en la sensibilización de la elite política con relación al control del tabaco. FEMI, por su parte, se destaca por haber incluido la capacitación en relación con el tabaquismo y las medidas para su control dentro de su oferta de formación continua, contribuyendo de manera significativa a la formación de profesionales de la salud en el tema. También se destaca el papel del Fondo Nacional de Recursos (FNR) en actividades de capacitación y en la puesta a disposición de medicamentos para el tratamiento de la dependencia al tabaco.

.....

de la defensa de los derechos de quienes no tienen el hábito de fumar.

La Alianza constituyó una unión de actores e instituciones públicas y privadas con un objetivo en común: la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco. Un aspecto central fue la capacidad para lograr consensos —aun nucleando a actores provenientes de diversas disciplinas y con distintos enfoques—, unificar un discurso para presentarse frente a la opinión pública y la elite política, así como coordinar acciones concretas.

No obstante, es de destacar que cada una de las organizaciones y actores individuales que conformaron la Alianza no comenzó su labor en relación con el control del tabaco a partir de la firma del Convenio Marco y de la conformación de la Alianza, sino que su trabajo vinculado al tema puede rastrearse hacia atrás. Posiblemente esto haya proporcionado un basamento interesante para la implementación de medidas iniciada tras la ratificación del CMCT.

Algunos aspectos son relevantes en una mirada retrospectiva sobre el papel de la Alianza en el proceso que aquí recogemos. En primer lugar, congregó y organizó a actores que no necesariamente integraban una institución, sino que en algunos casos se trataba de personas que contaron con el resguardo de la Alianza para expresarse. En otros casos, integrar la Alianza permitió a personas con trayectoria en la temática evadir el *encorsetamiento* que la institución de origen podría generar al momento de manifestarse sobre el asunto. Junto con ello, sostenemos aquí que el papel de la Alianza deja en evidencia el rol crucial de la sociedad civil para instalar una mirada de la sociedad en su conjunto al problema del tabaquismo en nuestro país. Estudios sobre el tema han identificado a la sociedad civil como un actor clave en lo concerniente a la aplicación del Convenio —en especial aquellas organizaciones vinculadas a salud— para actuar como contrapeso del poderío de la industria tabacalera (Bianco, 2005). La Alianza devino en la Comisión Nacional Asesora para el Control del Tabaco, creada por el Ministerio de Salud Pública en el año 2004, con el objetivo de respaldar y brindar asesoramiento

al Programa Nacional de Control del Tabaco. La Comisión está integrada por instituciones gubernamentales, públicas no estatales y representantes de las gremiales médicas,⁴⁷ que continúan ejerciendo un importante papel en lo concerniente a la toma de decisiones vinculadas a la política del control del tabaco.

En tiempos algo más recientes comenzaron a jugar un importante papel en el control del tabaco otras dos organizaciones, la Sociedad Uruguaya de Tabacología⁴⁸ y el Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo, que han trabajado desde el ámbito científico aportando evidencias que se constituyen en la base de algunas de las decisiones adoptadas en materia de control del tabaco en nuestro país.

También cabe destacar en el proceso uruguayo para el control del tabaco a emprendimientos privados como, por ejemplo, Stop Tabaco para la cesación; la colaboración de la industria del medicamento; el papel del Centro de Atención a las Afecciones Pulmonares (CAP); la presencia de personalidades de la cultura y del deporte en campañas contra el consumo de tabaco; el papel del Programa Nacional del Control de Cáncer (Pronacan); y las negociaciones con las asociaciones de comerciantes en la capital e interior del país, en particular el diálogo y el apoyo del Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU).

.....

47 La Comisión está conformada por delegados del Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Drogas, la Intendencia de Montevideo, la Facultad de Medicina, la Comisión Honoraria para la Lucha contra el Cáncer, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Médica del Interior.

48 La psicóloga social Amanda Sica es mencionada como una figura destacada debido a su labor en el área de capacitación técnico-profesional de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

La Universidad de la República, a través de la Facultad de Medicina, ha realizado aportes de diversa índole y a distintos niveles en relación con el tabaquismo. La Facultad formó parte de la Alianza y cuenta con representación en la Comisión Asesora del Programa Nacional para el Control del Tabaco. También participa en diversas instancias institucionales y en actividades de extensión vinculadas al tabaquismo y brinda asistencia a través de sus cátedras clínicas. En particular, el Hospital de Clínicas se ha constituido en un espacio para la atención de usuarios que en algunas oportunidades son derivados desde el primer nivel de atención. En el currículo de Medicina los estudiantes reciben una formación básica sobre tabaquismo y tienen la oportunidad de cursar materias electivas u optativas para profundizar en el tema.

A nivel municipal sobresale el gobierno de la Intendencia de Montevideo, institución que comenzó la implementación de espacios libres de humo de tabaco con anterioridad al decreto del año 2005, capacitó a personal de salud para ofrecer apoyo y tratamiento a funcionarios fumadores a través de los servicios de atención sanitaria gestionados por el gobierno municipal.⁴⁹ También ha sido una institución activa en el proceso interinstitucional, apoyando a diversas instituciones vinculadas con la política para el control del tabaco.

Respuestas de la población ante la política para el control del tabaco

Uno de los desafíos iniciales identificados por los principales actores involucrados en el control del tabaco en nuestro país refería a la incertidumbre acerca del grado de rechazo o aceptabilidad que pudieran tener en la población las medidas

.....

49 Las policlínicas barriales ubicadas en diversas zonas del departamento.

adoptadas. En filas de quienes impulsaban y llevaban adelante el conjunto de acciones contra el tabaquismo existían visiones menos optimistas respecto a la reacción ciudadana; se esperaba un clima más tenso y de resistencia, especialmente en algunos sectores de la población.

Como ya fue mencionado, entre los años 2005 y 2006 se decretó que todos los espacios públicos cerrados y los espacios de trabajo públicos y privados fueran cien por ciento libres de humo de tabaco, la prohibición de la publicidad de cigarrillos en la televisión antes de las 21.30 horas y de la publicidad, promoción o patrocinio por las empresas tabacaleras a cualquier evento deportivo. A esto se sumó la eliminación de todas las referencias *light*, *ultra light*, *suave*, *bajo en alquitrán*. El decreto también implicó la obligación de incluir una serie de pictogramas que abarcaran el 50% de las partes frontal y posterior de cada paquete de cigarrillos. En ese período también fue aprobada la primera ronda de estas advertencias rotativas.

Entre los años 2006 y 2008 se realizaron encuestas para conocer las reacciones de la opinión pública ante las medidas adoptadas. La preocupación e incertidumbre que pudo haberse generado en filas de los actores políticos a cargo de las iniciativas sería pronto desestimada, en tanto las encuestas permitieron sostener, en términos generales, que las medidas del gobierno para el control del tabaquismo contaban con amplia aprobación ciudadana.

La empresa Equipos Mori, una de las consultoras de opinión pública de mayor reconocimiento y prestigio en el medio local, realizó una encuesta en 2006 que relevó la opinión de las personas de 18 y más años sobre diversos tópicos relativos a las acciones adoptadas. La medición consideró la opinión de todas las personas y de las personas fumadoras en particular. Se constató una amplia aceptación de las medidas en la población y un alto nivel de concordancia con los mensajes transmitidos

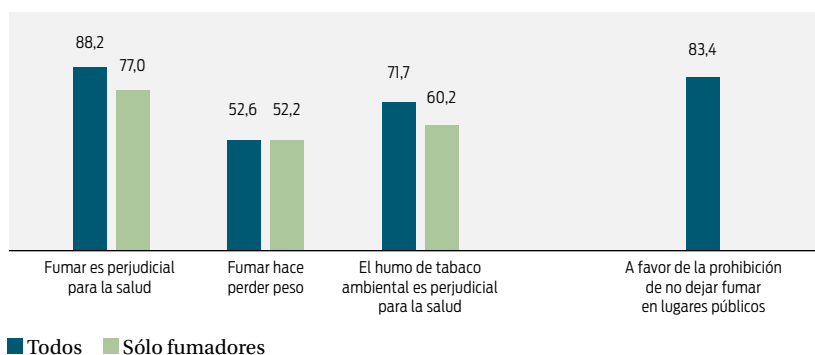
por la salud pública en relación con la peligrosidad del tabaco. Si bien en el caso de las personas fumadoras la aceptación fue algo menor, también se ubicó en niveles muy altos.

Tabla 1. Distribución porcentual de personas según percepción en torno a aspectos relativos a las medidas adoptadas por el Estado para el control del consumo de tabaco. País urbano, 2006

Exposición al humo de tabaco ajeno (percepción de peligrosidad)		
	Todos	Solo fumadores
Muy peligrosa	57,0	46,0
Bastante peligrosa	35,0	41,0
Derecho a trabajar en un ambiente libre de humo		
	Todos	Solo fumadores
Muy de acuerdo	60,0	47,0
De acuerdo	35,0	45,0
Derecho de los niños de respirar aire libre de humo en el hogar		
	Todos	Solo fumadores
Muy de acuerdo	59,0	46,0
De acuerdo	32,0	41,0
Percepciones sobre cumplimiento del decreto		
	Todos	Solo fumadores
Se cumple plenamente	58,0	61,0
Se cumple con excepciones	30,0	27,0
Frecuencia de salidas (a bares, restaurantes, discotecas) luego del decreto		
	Todos	Solo fumadores
Sale más que antes	10,0	12,0
Sale igual que antes	70,0	63,0

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de opinión pública de la consultora Equipos Mori, año 2006.

Gráfico 1. Porcentaje de personas según opinión en relación con el riesgo del consumo de tabaco, a los efectos del consumo y a las medidas implementadas. Población escolarizada en enseñanza media entre 13 y 15 años. País urbano



Fuente: Elaboración propia a partir de la Segunda Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes (OPS/OMS, JND, 2006).

La tendencia a un alto nivel de aceptación de las medidas implementadas también se registró entre los más jóvenes. En torno al 80% de los jóvenes escolarizados fumadores y no fumadores coincidieron en que fumar es perjudicial para la salud y se manifestaron a favor de no fumar en lugares públicos.

Varios aspectos podrían considerarse para interpretar la gran aceptación de la población a las políticas. En primer lugar, el trabajo de los actores considerados pioneros en materia de control de tabaco; estos fueron consolidando una base sobre la que se comenzó a construir colectivamente una mirada amplia y de consenso sobre la problemática del tabaquismo. En segundo lugar, las importantes campañas de información y sensibilización que plantearon el objetivo de preparar a los ciudadanos para recibir las medidas. En tercer lugar, el colectivo de los profesionales de la salud que, involucrados en el proceso, contribuyeron a la desnaturalización del consumo

de tabaco en su interacción con los usuarios de los servicios de salud públicos y privados.

Otro aspecto que contribuyó al amplio acatamiento ciudadano fue el arduo trabajo *por lo bajo* realizado por los actores que impulsaban la lucha contra el tabaquismo, que lograron así una amplia adhesión social. Un ejemplo de ello es el acierto en términos estratégicos en hacer partícipe de las acciones a CAMBADU,⁵⁰ cuyos integrantes, si bien al principio mostraron cierto escepticismo por entender que las medidas afectarían económicamente al sector (bares, restaurantes), terminaron apoyándolas.

Para analizar la experiencia uruguaya, en particular la reacción de la ciudadanía, es importante tomar en cuenta que acatamiento, conocimiento y aprobación son tres aspectos diferentes de la aceptabilidad de medidas como estas. En el caso uruguayo, las encuestas de opinión dieron cuenta de que las tres cosas sucedieron en paralelo. En general, esta situación suele darse en algunas medidas en particular y las torna de hecho autosostenibles —como sucede, por ejemplo, con los espacios libres de humo de tabaco—, pero no se da para la totalidad de medidas adoptadas. Que en Uruguay todas las medidas implementadas para el control del tabaco hayan logrado acatamiento, conocimiento y aprobación es lo que hace del país un caso excepcional.

La especialista entrevistada para este trabajo considera que la población está a favor del control del tabaco en el país por dos motivos principales. En primer lugar, debido a que las

.....

50 El Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU) es una gremial empresarial fundada en 1892, que cuenta con 3000 socios. Tiene como rol la representación, defensa y promoción del comercio minorista de la alimentación.

campañas anteriores a la primera medida implementada —los ambientes libres de humo de tabaco— se focalizaron en la evitación del riesgo producido por el humo de tabaco en los no fumadores. De este modo, campañas como «Un millón de gracias» contribuyeron a colocar el tema en la agenda pública, pero sin cargar la responsabilidad en el fumador, evitando su estigmatización y centrando la atención en los daños generados a la exposición del humo de segunda mano. En segundo lugar, el resultado del litigio contra Philip Morris contribuyó a legitimar las medidas adoptadas y a ensalzar el mito —muy uruguayo, por cierto— del pequeño país que una vez más triunfa por sobre un poderoso. De hecho, ni siquiera los trabajadores de la multinacional responsabilizaron al Gobierno por el cierre de la planta, sino a la propia empresa.

La combinación estratégica de la sociedad civil junto con la voluntad política del Ejecutivo y el Parlamento parecen haber redundado en una confluencia de intereses y en una lógica de cooperación para la elaboración y puesta en marcha de las políticas para el control del tabaco en Uruguay. Estas fueron muy bien recibidas por la población, que venía recibiendo *estímulos* en tal sentido desde hacía ya más de una década.

Capítulo 5

Evolución y características del consumo de tabaco en Uruguay y el impacto de las políticas

La hegemonía histórica del paradigma médico-clínico y del paradigma psicológico en el estudio del tabaquismo ha —por lo menos— enlentecido la emergencia del estudio de las dimensiones sociales y culturales (especialmente las de género) que enmarcan al consumo de tabaco como actividad socialmente significativa. No obstante, resulta pertinente destacar que el consumo de tabaco en la actualidad empieza a posicionarse como un fenómeno de creciente interés para las ciencias sociales. En tal sentido, las mediciones que se han ido sucediendo en las últimas décadas permiten contar con información cuantitativa valiosa y abundante acerca de las características y evolución del consumo de tabaco.

En los últimos treinta años, el Estado uruguayo ha realizado esfuerzos y destinado recursos económicos, técnicos y materiales para incluir en las estadísticas oficiales mediciones sobre el consumo de tabaco en la población. Si bien no ha sido el único tema de salud pública en el marco de las ENT presente en las estadísticas oficiales,⁵¹ es el que más

.....

51 Se han realizado estudios sobre consumo de drogas en general, consumo de alcohol, actividad física, sedentarismo, consumo de

mediciones registra desde principios de los años noventa hasta la actualidad. La primera encuesta a nivel nacional en que se consultó la *costumbre de fumar tabaco* fue la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud del año 1990. Algunos años más tarde (1993), se realizó una encuesta representativa de población a nivel nacional,⁵² el Primer Estudio Exploratorio sobre Drogas Legales e Ilegales en la Población Económicamente Activa en jóvenes residentes en el país. Luego se sucedieron mediciones con cierta periodicidad, aunque con diferencias en las poblaciones de estudio y en la cobertura poblacional. En tal sentido, cabe mencionar la Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud (ENAJ) en sus ediciones de los años 1990, 2008 y 2013; la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media realizada en los años 2001,⁵³ 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2014; la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes «Global Youth Tobacco Survey» (GYTS, por sus siglas en inglés) en sus ediciones de los años 2001, 2007 y 2014; la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas en sus ediciones de los años 1994, 1998, 2001, 2006, 2011 y 2014 llevadas a cabo por la Junta Nacional de Drogas (JND); la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) en sus ediciones de los años 2001, 2006, 2011, 2014, 2017 y 2018; la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en sus dos ediciones de los años 2006 y 2013 (STEPS); la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2016; la Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS) de los años

.....

alimentos, sobrepeso y obesidad, glicemia elevada, hipertensión arterial, entre otros.

52 Una muestra de dos mil jóvenes de 15 a 29 años.

53 En esta edición, el universo de estudio fueron los estudiantes escolarizados en centros educativos de la ciudad de Montevideo, capital del país. El resto de las ediciones fueron de cobertura nacional.

2013 y 2015; y, finalmente, la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) realizada en el país en 2009 y 2017.

Si bien en el período de 1990 a 2018 se han realizado más de treinta mediciones (de carácter oficial) sobre el consumo de tabaco en la población uruguaya, las diferencias en la cobertura, el tramo etario de la población consultada, los indicadores relevados y la forma de preguntar implican importantes desafíos metodológicos en lo que refiere a la comparabilidad y a la construcción de una serie histórica sobre la prevalencia del consumo de tabaco. En este capítulo se muestran los resultados de asumir tales desafíos con el objetivo de brindar una descripción lo más exhaustiva posible sobre la evolución del consumo de tabaco en Uruguay.⁵⁴ Asimismo, se pretende interpretar los cambios en la prevalencia del consumo de tabaco a nivel global y en subconjuntos poblacionales (por género, edad y nivel socioeconómico), a la luz de las medidas adoptadas en el país en los últimos quince años, describiendo la situación en perspectiva temporal y, para algunos indicadores, en perspectiva comparada con el contexto regional e internacional.

El consumo de tabaco en la población adulta

A continuación, se describe y analiza la evolución del consumo de tabaco en la población adulta, con especial énfasis en

.....

54 A efectos de posibilitar la comparación entre mediciones, se realizaron dos ajustes principales relativos a la región (universo de estudio de la encuesta) y la edad de los entrevistados. En particular, se tomaron los encuestados residentes en localidades urbanas de 5000 habitantes y más que tuvieran entre 14 y 64 años de edad, y dos indicadores: el de fumador diario y el de fumador ocasional. La tabla informativa con estos aspectos se presenta en el Anexo 1.

las dimensiones socioeconómicas (quintiles de ingresos del hogar) y de género. Asimismo, se estiman las prevalencias de consumo de tabaco según tramos de edad y nivel educativo, se describe la exposición al humo de tabaco de segunda mano dentro del hogar y se muestran algunas características de los hogares en los que residen las personas fumadoras, como por ejemplo el tipo de hogar,⁵⁵ situación de hacinamiento y presencia de niños menores de diez años. También se realiza un análisis estadístico multivariado con el fin de estimar la probabilidad de que un individuo sea fumador en función de características individuales como el sexo, la edad⁵⁶ y la condición de actividad (participación en el mercado laboral), estimando un modelo para varones y otro para mujeres, a efectos de identificar cómo afectan las variables (seleccionadas como intervinientes) a cada uno por separado.⁵⁷

Los indicadores que se toman para dar cuenta de la prevalencia del consumo son los de *fumador ocasional* (el que fuma algún producto del tabaco en forma esporádica), *fumador diario* (personas que manifiestan fumar algún producto del

.....

55 Según una tipología de hogares en función de la existencia o no de una relación conyugal o de relaciones filiales. Los hogares pueden ser unipersonales, de pareja con o sin hijos, biparentales o monoparentales.

56 También se toma en cuenta la edad elevada al cuadrado.

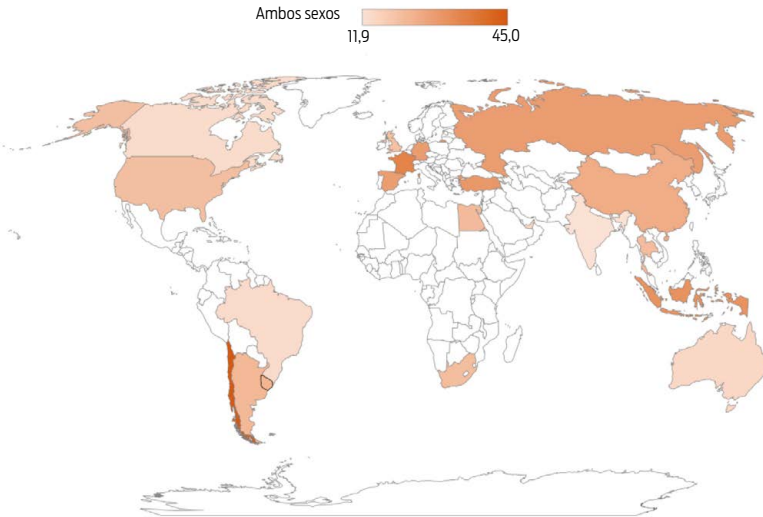
57 En modelos multivariados no lineales, como es el caso del modelo *logit* que aquí adoptamos, el impacto de las variables independientes se puede analizar utilizando los coeficientes estimados cuyo signo permite analizar la asociación positiva o negativa con la conducta fumadora del individuo, es decir, la dirección del cambio, pero no la magnitud de este. Además, se analizan los efectos marginales, que muestran el efecto sobre la probabilidad de ser fumador o no ante cambios de una variable exógena. Para estimar el modelo se utilizaron los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del INE de los años 2006, 2011, 2014, 2017 y 2018, ediciones en las que se midió la prevalencia del consumo de tabaco. Por último, cabe mencionar que los modelos fueron construidos para la población residente en zonas urbanas del país de al menos 5000 habitantes.

tabaco a diario, también considerado en la jerga médica como *fumador crónico*) y *fumador actual* (incluye a fumadores diarios y ocasionales). Para facilitar la lectura, haremos referencia a los fumadores actuales como *fumadores* y especificaremos cuando se trate de ocasionales o diarios.

Uruguay en el concierto internacional

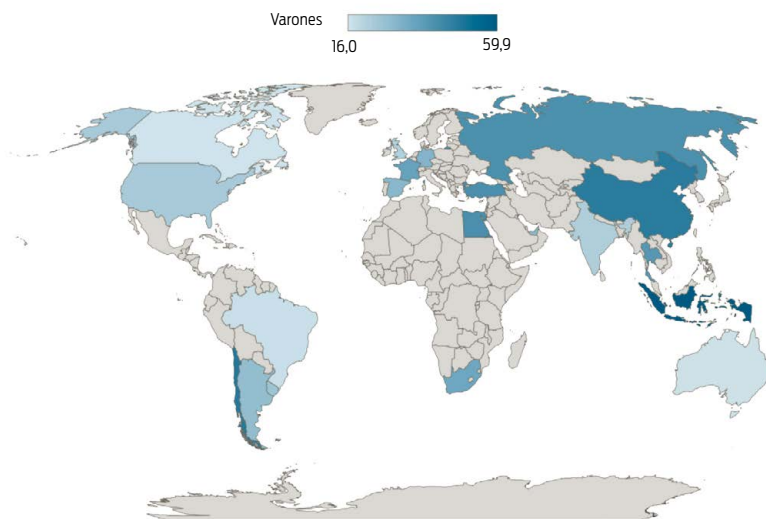
En 2017, Uruguay registraba el segundo porcentaje más alto (22,5%) de fumadores adultos en el Cono Sur luego de Chile (45,0%), casi duplicaba a la prevalencia estimada en la India (11,9%) y se ubicaba claramente por encima de países como Reino Unido (19,8%), Australia (14,4%) o Canadá (13,5%) (véase mapa 1).

Mapa 1. Prevalencia de fumadores adultos para países seleccionados. Año 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (26 de julio de 2019). Se tomaron en cuenta todas las personas con 15 y más años.

Mapa 2. Prevalencia de fumadores adultos varones para países seleccionados. Año 2017

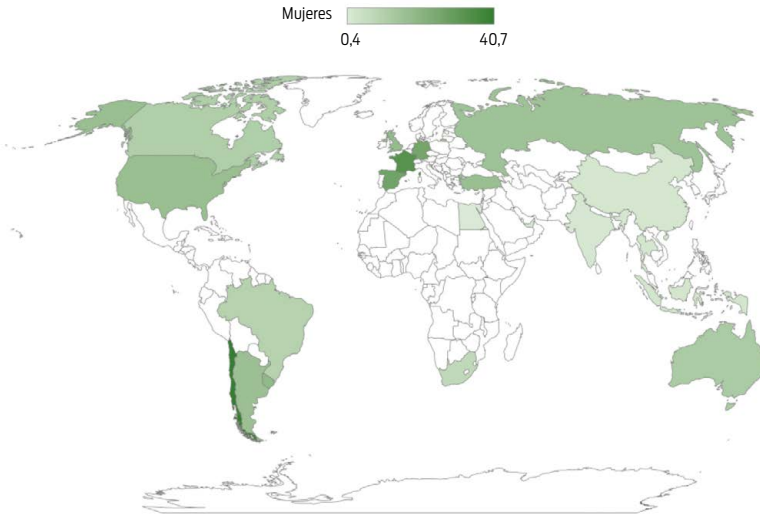


Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (26 de julio de 2019). Se tomaron en cuenta todas las personas con 15 y más años.

Si se observa la prevalencia del consumo de tabaco por género, la posición del país en el contexto internacional se explica a partir de dos situaciones bien diferentes. En la comparación entre varones, Uruguay (26%) pasa a la tercera posición de cuatro posibles en el Cono Sur, por encima únicamente de Brasil (17,6%). Y se encuentra en la parte baja de la tabla entre los países seleccionados (veinte en total). Países como Indonesia (59,9%), Chile (49,2%), China (48%), Egipto (42,3%), Turquía (42%) y Rusia (41,4%) se ubican, en este caso, muy por encima (véase mapa 2).

En cambio, entre las mujeres Uruguay (18,9%) se ubica en la parte alta de la tabla, quedando segundo en el Cono Sur, solo por detrás de Chile (40,7%) y superado entre los países

Mapa 3. Prevalencia de fumadoras adultas mujeres para países seleccionados. Año 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (26 de julio de 2019). Se tomaron en cuenta todas las personas con 15 y más años.

seleccionados fuera de América del Sur únicamente por Francia (33%), España (26,8%) y Alemania (26,3%) (véase mapa 3).

La posición de Uruguay en el escenario internacional da cuenta de que, si bien el país ha avanzado considerablemente en las políticas para el control del tabaco en comparación con otros países del mundo, aún se mantiene relativamente lejos de los países con menor prevalencia en el consumo de tabaco.

El consumo de tabaco en los últimos veinte años

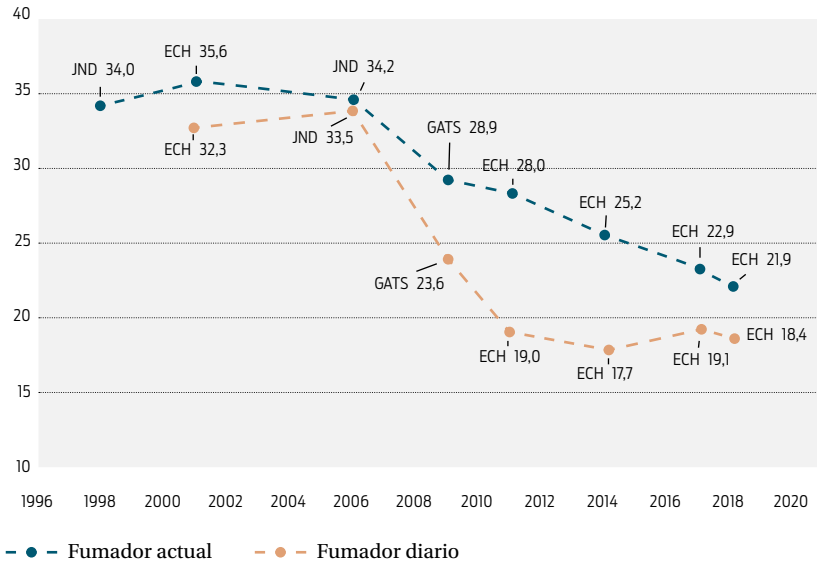
Sobre fines de los años noventa y hasta el año 2006, la población fumadora (fumador actual) en el país era de aproximadamente uno de cada tres adultos de entre 14 y 64 años

(véase gráfico 2). A partir de entonces hubo un descenso sistemático de la proporción de personas fumadoras hasta llegar al 21,9% la prevalencia en el año 2018, es decir, doce puntos porcentuales por debajo de la registrada en la medición del año 1998, al inicio de la serie. Si bien la disminución del consumo no puede ser exclusivamente atribuida a las políticas integrales para el control del tabaco, la reducción constatada en el período inmediatamente posterior a estas es evidente. Esta situación es aún más clara entre los fumadores diarios, para quienes la prevalencia cayó más de quince puntos porcentuales entre 2006 y 2018, pasando de una de cada tres a menos de una de cada cinco personas adultas.

Ahora bien, en este último caso, el de los fumadores diarios, podemos identificar dos períodos bien marcados en la evolución del consumo:

1. uno inmediatamente posterior al paquete de medidas adoptadas en el país, entre 2006 y 2011, cuando la proporción de fumadores diarios cayó más de catorce puntos porcentuales, marcando, por lo tanto, que este subconjunto de fumadores ha sido altamente sensible a las políticas. El ensanchamiento de la brecha entre el total de fumadores (fumadores actuales) y los fumadores diarios da la pauta de que en este período hubo un incremento relativo de los fumadores ocasionales (las personas que no fuman diariamente), producto de que la caída en la cantidad de fumadores se dio fundamentalmente a costa de aquellas personas que fumaban a diario.
2. desde 2011 hasta la última medición en 2018. La tendencia a la baja se detuvo y el porcentaje de fumadores diarios se ubica en una meseta, y esto ocurre en un contexto en que la cantidad de personas fumadoras continúa su descenso. Por tanto, cabe asumir que en la actualidad la enorme mayoría de las personas fumadoras, como ocurría en el contexto anterior a las medidas del Estado

Gráfico 2. Prevalencia de fumadores de 14 a 64 años de edad. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

(1998-2006), conforman un *núcleo duro* de fumadores *crónicos*, aunque en un nivel claramente más bajo que en ese entonces.

La situación descrita implica desafíos a la política sanitaria en su objetivo de sostener una tendencia a la baja en la proporción de personas fumadoras. Sin embargo, para definir futuras estrategias resulta crucial caracterizar detenidamente la disminución de la población fumadora registrada en los últimos quince años. Se torna necesario precisar de la mejor manera posible cuáles fueron los sectores de la población que contribuyeron en mayor medida a la disminución del total de fumadores, así como identificar qué cambios se han dado en

la composición por edad, sexo y nivel socioeconómico de la población fumadora. En la sección siguiente se procura dar cuenta de estos aspectos.

Composición etaria de la población fumadora

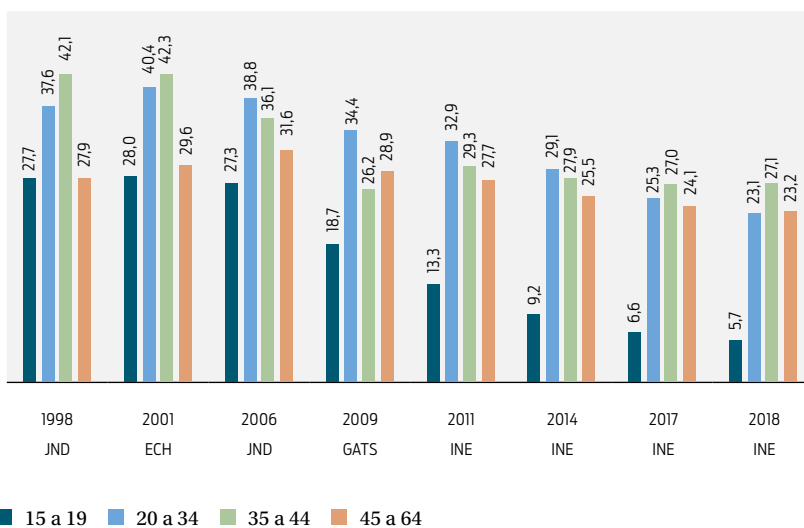
La evolución de la prevalencia del consumo según diferentes edades (véase gráfico 3) permite dar cuenta de cómo ha ido cambiando la composición de la población fumadora a lo largo del tiempo y del impacto diferencial que ha tenido la política. Al menos tres aspectos se muestran muy evidentes en el caso uruguayo:

1. con posterioridad a la aplicación de medidas para el control del tabaco, la tendencia a la baja en el consumo se constata en todos los tramos etarios y eso queda evidente a partir del año 2009.
2. la importante caída que registra en el consumo de tabaco la población más joven (15 a 19 años) permite afirmar que las medidas adoptadas para el control del tabaco orientadas a la iniciación del consumo han sido muy efectivas en este tramo etario, en el que el porcentaje de fumadores pasó de 27,7% en 1998 a 5,7% en 2018.
3. la población más adulta (entre 45 y 64 años) es la menos *sensible* a las medidas implementadas.

El consumo de tabaco en jóvenes merece una atención especial. El tema se ha instalado como una preocupación para los gobiernos y organismos supranacionales a partir de que gran parte de la política para el control del tabaco ha tenido como objetivo preponderante evitar la iniciación del consumo. En Uruguay, como se mencionó, el consumo de tabaco en los jóvenes se ha venido midiendo desde inicios de la década del noventa.

En el año 1990, poco más de uno cada cuatro jóvenes de entre 15 y 19 años se declaraban fumadores; a principios de los

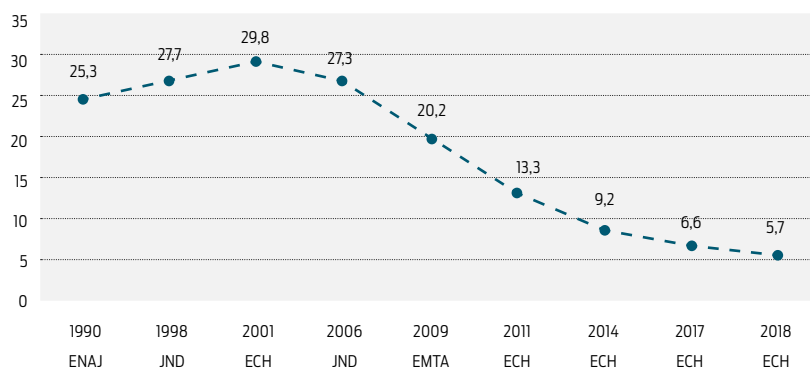
Gráfico 3. Prevalencia de fumadores por tramos de edad. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

años 2000 eran menos de uno cada tres (véase gráfico 4). La proporción de jóvenes fumadores se ubicó, en más de una década y media, por encima del 25% (entre los años 1990 y 2006). Luego del año 2006, momento clave en la política para el control de tabaco en Uruguay, se inició un franco y sostenido descenso de la prevalencia de consumo de tabaco entre los jóvenes: el porcentaje de fumadores cayó siete puntos porcentuales entre 2006 y 2009 y volvió a caer siete puntos entre 2009 y 2011. La última medición (año 2018) muestra que menos de seis cada cien jóvenes declaran ser fumadores, en un contexto reciente en el que el ritmo de descenso parece haberse enlentecido.

Gráfico 4. Prevalencia de fumadores de 15 a 19 años de edad.
País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 1990), la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018).

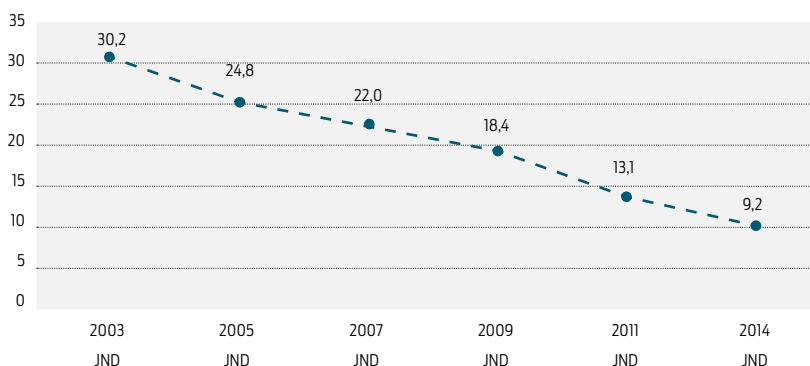
En Uruguay, desde fines de los años noventa se han desarrollado campañas orientadas al control de tabaco que han tenido a los jóvenes escolarizados como población objetivo.⁵⁸ Las tendencias en la evolución del consumo de tabaco en esta población (jóvenes de 13 a 17 años que asisten a centros de enseñanza media) tienen puntos de encuentro con la población joven a la que veníamos haciendo referencia, y ha registrado un marcado descenso en la prevalencia en el período entre 2003 y 2014 (véase gráfico 5).

La caída en la proporción de fumadores jóvenes que se ha constatado en el país en la última década y media, implica,

.....

58 Un ejemplo de ello son las campañas de ambientes libre de humo implementadas en centros educativos por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC).

Gráfico 5. Prevalencia de fumadores actuales escolarizados de 13 a 17 años de edad. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de la Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (2003, 2005, 2007, 2009, 2011 y 2014).

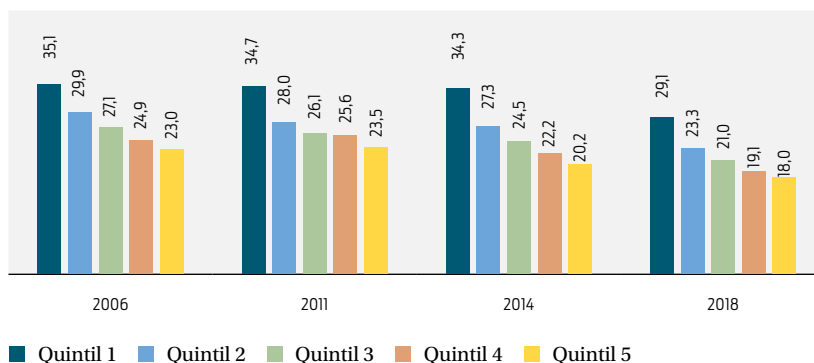
por lo menos, que se da una postergación en el inicio del consumo de tabaco. Es decir, una proporción cada vez mayor de jóvenes llega a los 20 años siendo no fumadores, y ello puede ser interpretado como un logro de las políticas para el control del tabaco implementadas en el país.

Consumo de tabaco y desigualdad social

La evidencia empírica disponible ha demostrado que la desigualdad social es una de las principales causas de problemas sanitarios muy diversos (De Sousa Antunes, 2011). El desempleo, la exposición a la pobreza y las desigualdades de género son factores que inciden de manera negativa en la salud de las personas. Se sostiene que estos condicionantes sociales son los que conducen a la adquisición de hábitos que resultan negativos para la salud.

De acuerdo con este enfoque, y tomando en cuenta las tendencias observadas en el país, el consumo de tabaco refleja

Gráfico 6. Prevalencia de fumadores por quintiles de ingresos del hogar en personas de entre 14 a 64 años de edad. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

el patrón descrito: las personas de nivel socioeconómico más bajo son las que sistemáticamente presentan una prevalencia más alta de fumadores (véase gráfico 6). Si bien esta situación no ha cambiado en la actualidad, cabe destacar que la prevalencia en el consumo ha caído entre las personas de todos los niveles socioeconómicos en los últimos quince años.

Sigue siendo un desafío la disminución del consumo entre las personas de menores ingresos y de contextos de mayor vulnerabilidad social. Explorar los determinantes que influyen en la iniciación y continuidad en el consumo de tabaco en estos sectores de la población contribuiría a avanzar en el diseño de acciones más focalizadas.

¿Feminización del consumo de tabaco?

En los últimos treinta años, los estudios sobre el consumo de tabaco en las mujeres han ido adquiriendo importante

notoriedad en el concierto internacional. La disminución de la brecha entre varones y mujeres, el crecimiento de la cantidad de fumadoras (principalmente entre las jóvenes) y la incorporación de las mujeres al consumo de cigarrillos industrializados en los países no occidentales, son las principales razones del creciente interés tanto de organismos internacionales como de la salud pública en el mundo. Como señala Jiménez Rodrigo (2007), en menos de medio siglo las representaciones y las prácticas sociales en torno al consumo femenino de tabaco han experimentado importantes transformaciones. La investigadora se pregunta qué sentidos y qué motivaciones tienen las mujeres para iniciarse en el consumo y para continuar fumando y por qué. Según la evidencia disponible para países como España, actualmente se inician en mayor medida las mujeres que los varones en el consumo de tabaco.

Se han desarrollado y difundido al menos dos líneas argumentales al respecto. Una de ellas, denominada por la autora como *convergencia de los géneros*, intenta asociar la disminución (e incluso desaparición) de la brecha de consumo entre varones y mujeres con el avance en términos de equidad en las relaciones sociales de género. Esta tesis se enmarca en la idea general de que las mejoras en la equidad de género conducen a equiparar los estilos y hábitos de vida de varones y mujeres. Esta línea argumental «elimina la especificidad de la experiencia de las mujeres al definirlas como meras imitadoras de los varones», y «considera de forma teleológica lo masculino como modelo histórico a alcanzar», negando con ello la capacidad de agencia y transformación de las mujeres sobre sus propias vidas (Jiménez Rodrigo, 2007).

La otra línea argumental se centra en el análisis de la morbimortalidad asociada al consumo de tabaco y surge en el seno de la medicina (paradigma biomédico), haciendo foco en el tabaquismo como una adicción. Desde esta perspectiva, las mujeres —al igual que los varones— fuman porque la

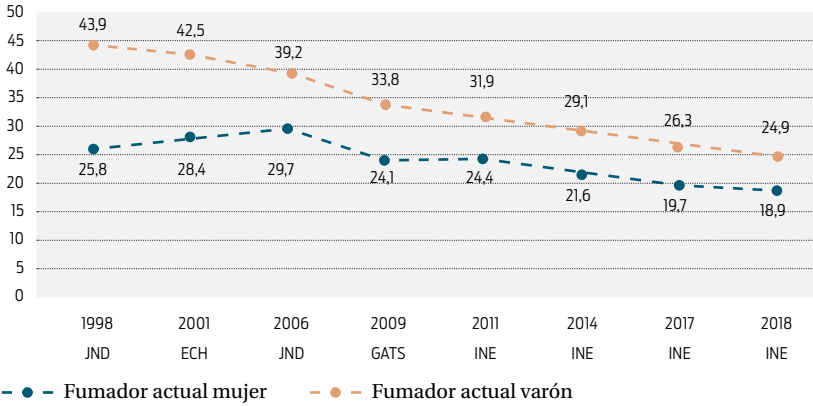
nicotina es una sustancia adictiva. Las diferencias no están dadas por el género, sino por las diferentes reacciones de las personas a los procesos fisiológicos y farmacológicos por los que transitan frente a la adicción. Esta perspectiva coloca al individuo fumador como un ser autónomo, que toma sus decisiones sin estar condicionado por el lugar que ocupa en la sociedad o por el género, y, por tanto, restringe el análisis del tabaquismo a comportamientos individuales, dejando al margen las restricciones que la estructura social podría imponerle al individuo.

En Uruguay, el debate sobre las diferencias de género en el consumo de tabaco y sobre el impacto diferencial que pudiesen tener las políticas para el control de tabaco ha estado presente desde hace ya algún tiempo. De hecho, tal como fue señalado en el capítulo 3, recientemente se han diseñado acciones para la prevención y evitación del consumo de mujeres. En el análisis de las tendencias sobre el consumo de tabaco según sexo⁵⁹ (véase gráfico 7) se observa que entre 1998 y 2006 (previo al inicio de las principales acciones para el control del tabaco) los varones disminuyeron el consumo de tabaco, al tiempo que las mujeres registraron la evolución inversa, es decir, aumentaron el consumo. En ese período, la brecha de género pasó de 18 puntos porcentuales a menos de 10 puntos porcentuales. Luego, entre 2006 y 2018, el consumo cayó para ambos sexos, aunque esa caída ha sido sistemáticamente algo más pronunciada entre los varones. En 2018 se registró la menor brecha de género en el consumo de tabaco de los últimos veinte años. En el total del período

.....

59 Las estadísticas oficiales hasta la actualidad (año 2019) siguen, generalmente, relevando información sobre el sexo de las personas y no sobre su identidad de género, aunque se está en un proceso de revisión al respecto. Sin perjuicio de ello, la información relevada según el sexo de las personas no inhabilita el análisis con perspectiva de género.

Gráfico 7. Prevalencia de fumadores de 14 a 64 años de edad por sexo. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

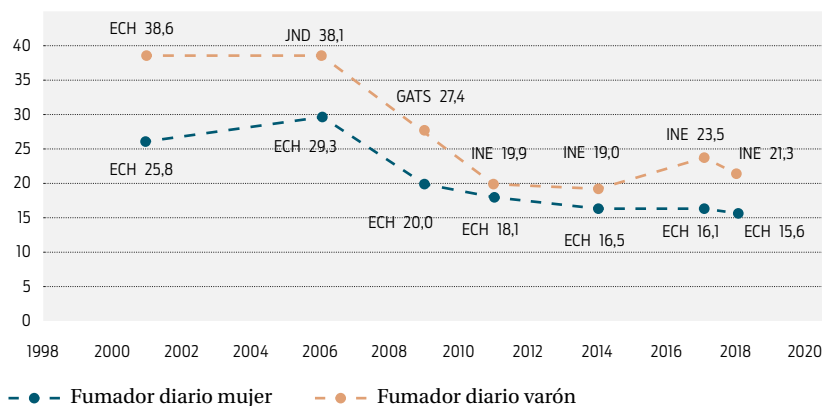
analizado (1998-2018), la prevalencia en los varones cayó 19 puntos porcentuales, mientras que en las mujeres se redujo 7 puntos porcentuales. Esto sugiere que, si bien las políticas implementadas influyeron en la disminución del consumo de tabaco de varones y mujeres, parecen haber tenido un mayor efecto entre los primeros.

Entre los fumadores diarios, las diferencias por sexo en la evolución del consumo son aún más evidentes (véase gráfico 8). La brecha absoluta⁶⁰ pasó de doce puntos porcentuales a inicios de los años 2000 a menos de dos puntos porcentuales en la medición de 2011, producto de una caída mucho más pronunciada en el consumo diario de tabaco en los varones.

.....

60 Brecha absoluta: diferencia en puntos porcentuales entre la prevalencia de los varones y la prevalencia de las mujeres.

Gráfico 8. Prevalencia de fumadores diarios de 14 a 64 años de edad por sexo. País urbano con 5000 y más habitantes

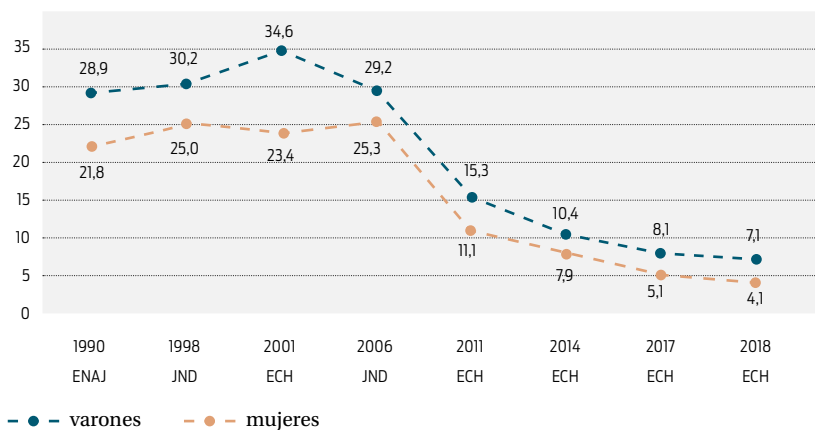


Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

Sin embargo, la brecha volvió a registrar un leve incremento para ubicarse por encima de los cinco puntos porcentuales en 2018. A partir del año 2011, el nivel de consumo diario de tabaco entre las mujeres pareció haber entrado en una meseta, ubicándose entre 18% y poco menos de 16% a lo largo de ocho años, mientras que el de los varones aumentó levemente en igual período (21,1% en 2018). Nótese que la caída en el porcentaje de fumadores, especialmente en el caso de los varones, se corresponde con un leve aumento en la proporción de fumadores diarios. Al comparar los porcentajes de fumadores actuales y diarios, podemos afirmar que en Uruguay la gran mayoría de quienes consumen tabaco en la actualidad son fumadores crónicos. Esta situación es más evidente en las mujeres desde hace varios años y empieza a serlo también para los varones últimamente.

¿Cómo ha sido la evolución del consumo según género entre los jóvenes? El patrón identificado tiene puntos de encuentro

Gráfico 9. Prevalencia de fumadores de 15 a 19 años de edad según sexo. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 1990), la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018).

con lo observado en la población adulta. Se constata una tendencia a la disminución del consumo en varones y mujeres y un achicamiento de la brecha de género, con un punto de inflexión en el año 2006 (véase gráfico 9).

El análisis de la evolución del consumo de tabaco según sexo y edad evidencia al menos tres aspectos (véanse gráficos 10 y 11 y tabla 2):

1. En las últimas dos décadas se mantiene la tendencia de que los más jóvenes (15 a 19 años) son quienes registran los porcentajes más bajos de consumo de tabaco. El *salto* se produce en el tramo etario posterior; esto puede explicarse por el ingreso *más tardío* de personas al grupo de fumadores.
2. En todas las edades se registra un descenso del consumo de tabaco en las últimas dos décadas. Los más jó-

venes son quienes lo disminuyeron en mayor medida a lo largo del período. La tendencia a la baja es mucho más clara entre los varones, aspecto que vale destacar, ya que pone en cuestión el significado histórico que ha tenido la práctica de fumar para estos. Las mujeres, principalmente las más jóvenes, registran un aumento de la prevalencia hasta el año 2006, para luego recién empezar el declive.

3. En el período 2001-2009, en términos generales, la brecha de género aumenta con la edad (véase gráfico 10); esto es así para fumadores actuales y diarios. Esta tendencia pa-

Tabla 2. Prevalencia de fumadores por tramos de edad según sexo. País urbano con 5000 y más habitantes

Tramo de edad	Sexo	ECH 2001	JND 2006	GATS 2009	INE 2011	INE 2014	INE 2017	INE 2018
15 a 19	Mujeres	19,0	25,3	13,1	11,1	7,9	5,1	4,1
	Varones	34,6	29,2	23,3	15,3	10,4	8,1	7,1
20 a 34	Mujeres	35,3	36,7	29,4	28,6	25,1	21,5	19,7
	Varones	44,5	41,0	39,2	37,3	33,1	29,1	26,6
35 a 44	Mujeres	34,9	30,1	23,0	24,6	23,0	22,7	22,5
	Varones	49,1	43,0	30,1	34,6	33,1	31,5	31,8
45 a 64	Mujeres	22,2	25,2	23,6	24,5	21,8	21,1	20,6
	Varones	38,7	39,3	34,8	31,4	29,5	27,5	26,0

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

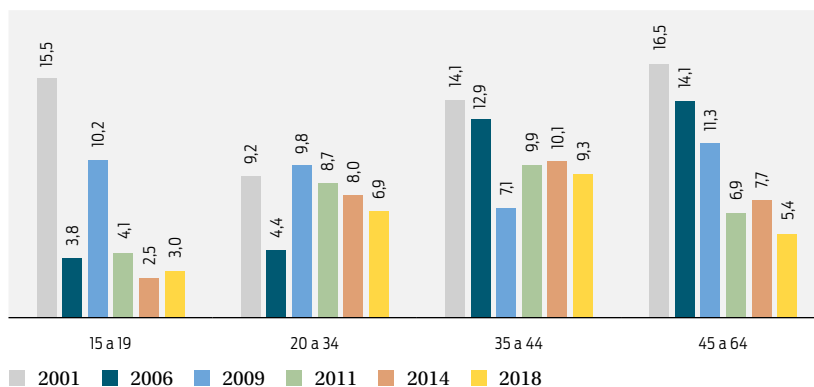
rece interrumpirse a partir del año 2011; desde entonces el patrón no es tan claro: se observa una primera fase de ascenso y otra de declive de la brecha a medida que recorremos los tramos etarios de menor a mayor edad. Es probable que esta situación se explique por un efecto *cohorte* en la tendencia de la prevalencia de las mujeres. Es decir, las generaciones más jóvenes de mujeres fuman en mayor proporción que sus pares de mayor edad, al tiempo que se da un proceso de envejecimiento de la población fumadora femenina. Ambas situaciones impactan en la brecha de género en el consumo de tabaco.

Tabla 3. Prevalencia de fumadores diarios por tramos de edad, según sexo. País urbano con 5000 y más habitantes

Tramo de edad	Sexo	ECH 2001	JND 2006	GATS 2009	INE 2011	INE 2014	INE 2017	INE 2018
15 a 19	Mujeres	19,0	25,3	9,7	6,5	5,2	3,3	2,8
	Varones	24,0	28,6	17,0	8,1	5,9	5,8	4,7
20 a 34	Mujeres	30,3	35,9	24,3	20,0	17,8	16,4	15,4
	Varones	40,5	39,3	30,0	23,4	21,4	23,2	21,7
35 a 44	Mujeres	34,0	29,8	19,2	18,3	18,0	19,2	18,7
	Varones	44,6	42,1	23,7	21,3	21,8	26,6	27,8
45 a 64	Mujeres	20,1	24,9	19,8	19,7	18,0	18,2	17,8
	Varones	37,1	38,5	31,6	20,2	19,7	24,1	22,9

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

Gráfico 10. Evolución de la brecha absoluta por sexo en la prevalencia de fumadores por sexo según tramos etarios. País urbano con 5000 y más habitantes



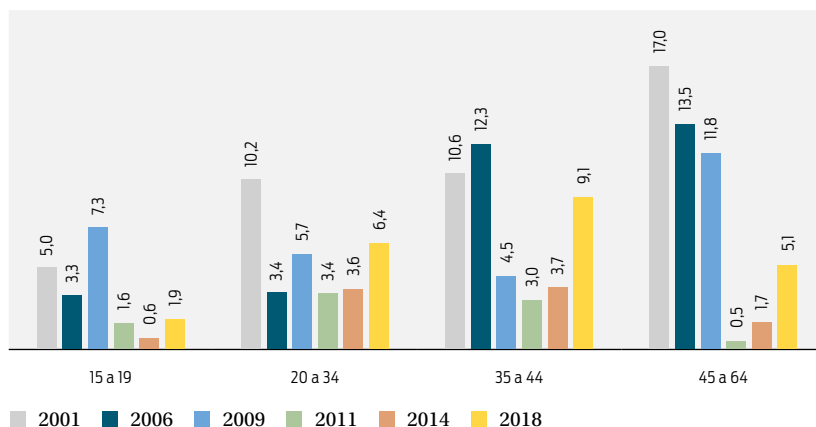
Nota: La brecha absoluta es la diferencia entre la prevalencia de varones y la de mujeres para cualquier tramo etario (prevalencia varones tramo «x» - prevalencia mujeres tramo «x»).

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

¿Hubo cambios en la probabilidad de ser fumador a partir del año 2006?

Uno de los métodos estadísticos utilizados para explicar cómo influyen ciertos atributos o características sociodemográficas de las personas en sus comportamientos respecto a su salud son los modelos de regresión multivariable, y entre estos, el modelo de regresión logística (MRL). En las ciencias sociales y médicas la regresión logística se utiliza muy frecuentemente en la investigación, dado que los fenómenos que estudiamos e intentamos explicar se miden con variables cualitativas. A diferencia de los modelos de regresión lineal, los MRL estiman los parámetros a partir del cociente entre la probabilidad de éxito u ocurrencia ($PY = 1$) y la de fracaso o no ocurrencia [$1 - (PY = 1)$] (Alderete, 2006). A efectos de establecer si hubo

Gráfico 11. Evolución de la brecha absoluta por sexo en la prevalencia de fumadores diarios por sexo, según tramos etarios. País urbano con 5000 y más habitantes



Nota: La brecha absoluta es la diferencia entre la prevalencia de varones y la de mujeres para cualquier tramo etario (prevalencia varones tramo «x» - prevalencia mujeres tramo «x»)

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

cambios en la probabilidad de ser fumador en el Uruguay a partir del año 2006, y encontrar factores que contribuyan a explicar la magnitud y el sentido de estos cambios para toda la población, según el género y la edad, se estimó un MRL (*logit*) utilizando como factores explicativos el año, el sexo, la edad y la condición de actividad económica.

A partir del análisis de los signos de las variables explicativas y de los efectos marginales resultantes, entre los principales resultados del modelo estimado se destacan:

- La probabilidad de ser fumador en el año 2018, manteniendo constante el resto de las variables del modelo, cae 9 puntos porcentuales en comparación con el año 2006.

- En el caso de las mujeres, la probabilidad de ser fumadora, manteniendo constante el resto de las variables del modelo, disminuye en 3 puntos porcentuales en comparación con el año 2006.
- En la actualidad, ser joven incrementa la probabilidad de ser fumador; a medida que aumenta la edad, disminuye esa probabilidad. La mayor probabilidad de ser fumador en el año 2018, tanto en varones como en mujeres, ocurre entre los 20 y los 44 años.
- La condición de actividad económica resulta significativa para explicar el consumo de tabaco; es decir, ser económicamente activo, respecto a quienes no lo son, incrementa la probabilidad de fumar.
- La condición de actividad y la edad parecen explicar en mayor medida el comportamiento de los varones hacia el tabaco. Entre estos, ser joven (en comparación con quienes no lo son) y económicamente activo (en comparación con quienes no lo son) aumenta la probabilidad de ser fumador.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las variables que conforman el modelo de regresión logística

Variable	Observaciones	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Año	746.398	2011,779	4,735118	2006	2018
Fumador actual	746.398	0,2667518	0,5795609	0	2
Genero	746.398	1,524875	0,4993812	1	2
Edad	746.398	37,31627	23,54456	0	99
Edad al cuadrado	746.398	1946,849	1983,383	0	9801
Económicamente activo	746.398	0,4523632	0,4977259	0	1

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la ECH-INE 2006, 2011, 2014, 2017 y 2018.

Tabla 5. Principales resultados y parámetros estimados mediante el modelo de regresión logística

Variables	Fumador actual		Fumador actual hombre		Fumador actual mujer	
	Coefficientes	Efectos marginales	Coefficientes	Efectos marginales	Coefficientes	Efectos marginales
Género	-0,229 ⁽³⁾	-0,0339487 ⁽³⁾				
	(0,00611)	(0,0009052)				
Edad	0,0683 ⁽³⁾	0,0101438 ⁽³⁾	0,0684 ⁽³⁾	0,0110592 ⁽³⁾	0,0653 ⁽³⁾	0,0088643 ⁽³⁾
	(0,000699)	(0,000101)	(0,00109)	(0,0001726)	(0,000921)	(0,0001212)
Edad al cuadrado	-0,000771 ⁽³⁾	-0,0001145 ⁽³⁾	-0,000753 ⁽³⁾	-0,0001219 ⁽³⁾	-0,000755 ⁽³⁾	0,0001025 ⁽³⁾
	(0,00000826)	(1,19e-06)	(0,0000129)	(2,05e-06)	(0,0000108)	(1,43e06)
Económicamente activo	0,205 ⁽³⁾	0,0305107 ⁽³⁾	0,272 ⁽³⁾	0,0440056 ⁽³⁾	0,168 ⁽³⁾	0,0228257 ⁽³⁾
	(0,00779)	(0,0011575)	(0,0123)	(0,0019844)	(0,0103)	(0,0013927)
2011. año	-0,421 ⁽³⁾	-0,0684967 ⁽³⁾	-0,192 ⁽³⁾	-0,0331769 ⁽³⁾	-0,655 ⁽³⁾	-0,1002094 ⁽³⁾
	(0,00862)	(0,0013383)	(0,0119)	(0,0020267)	(0,0125)	(0,0017736)
2014. año	-0,524 ⁽³⁾	-0,0826211 ⁽³⁾	-0,299 ⁽³⁾	-0,0501383 ⁽³⁾	-0,752 ⁽³⁾	0,1116105 ⁽³⁾
	(0,00878)	(0,0013057)	(0,0122)	(0,0019803)	(0,0128)	(0,001731)
2017. año	-0,604 ⁽³⁾	-0,0929299 ⁽³⁾	-0,383 ⁽³⁾	-0,0627416 ⁽³⁾	-0,826 ⁽³⁾	-0,1198462 ⁽³⁾
	(0,0093)	(0,0013227)	(0,0129)	(0,002009)	(0,0135)	(0,0017532)
2018. año	-0,658 ⁽³⁾	-0,099651 ⁽³⁾	-0,449 ⁽³⁾	-0,0721471 ⁽³⁾	-0,867 ⁽³⁾	-0,1242009 ⁽³⁾
	(0,00974)	(0,00134)	(0,0135)	(0,0020332)	(0,0142)	(0,0017794)
Constante	-1,942 ⁽³⁾		-2,382 ⁽³⁾		-2,165 ⁽³⁾	
	(0,0137)		(0,0157)		(0,0155)	
Observaciones	746.398		354.632		391.766	

Notas: Errores estándar entre paréntesis.

(1) $p < 0,1$; (2) $p < 0,05$; (3) $p < 0,01$

Género es una *dummy* de valor 1 si es hombre, y 2 si es mujer.

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la ECH-INE 2006, 2011, 2014, 2017 y 2018.

Análisis de cohortes

Complementando el análisis ya realizado, se optó por comparar la evolución que ha tenido el consumo de tabaco en dos generaciones que se diferencian por haber estado, en los años noventa, una transitando la etapa joven y la otra siendo ya adulta.

En el país no se han realizado encuestas de corte longitudinal sobre consumo de tabaco. Este tipo de estudios no abundan en las ciencias sociales, pese a que es muy valiosa la información que brindan, dado que es posible estudiar cambios y permanencias en aspectos de interés de una población específica a la que vamos siguiendo con el paso del tiempo. El alto costo y las complejidades metodológicas que estas mediciones implican son parte de la explicación.

Para sortear, en parte, las limitaciones de no contar con encuestas longitudinales, se conformaron *falsas cohortes* o *cohortes ficticias*⁶¹ a partir de varias mediciones de corte transversal. Se optó, con base en la información disponible, por observar las tendencias en el consumo de tabaco de una generación que a principios de los años noventa era adolescente y de otra generación que en ese entonces ya tenía por

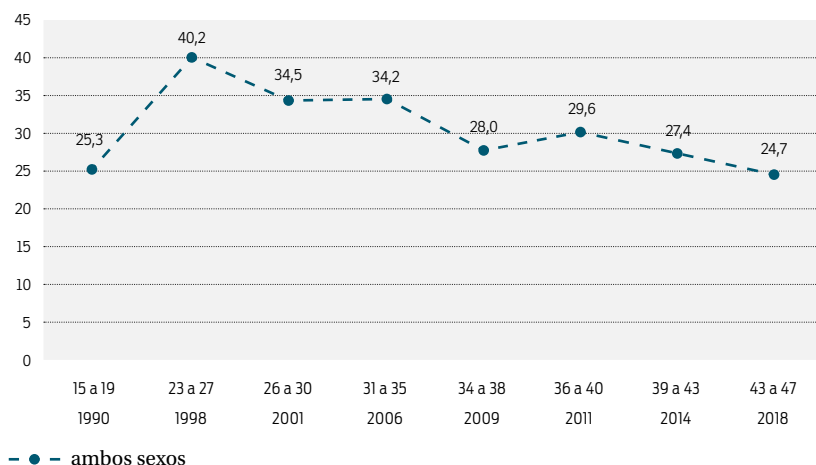
.....

61 Denominamos *cohorte ficticia* o *falsa cohorte* a la conformada por diferentes sujetos en diferentes mediciones a lo largo del tiempo, en contraposición a una cohorte real, donde se observa a los mismos sujetos en diferentes mediciones a lo largo del tiempo. A modo ilustrativo, una cohorte ficticia es la que conforman las personas que en los años 1990 tenían entre 15 y 19 años y se les observa algún aspecto (fumar, por ejemplo) y otras personas que diez años más tarde (año 2000) tenían entre 25 y 29 años y se les observa el mismo aspecto, bajo el supuesto de que son representativas de las primeras diez años más tarde, dado que no es posible ir a buscar a los mismos sujetos entrevistados diez años antes, por la complejidad que implica seguir a los esos sujetos en el tiempo.

lo menos 40 años. En el primer caso (adolescentes) se estimó la prevalencia de fumadores para el tramo de 15 a 19 años a partir de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 1990) y se siguió esta *falsa cohorte* en las sucesivas encuestas realizadas desde entonces hasta el año 2018.

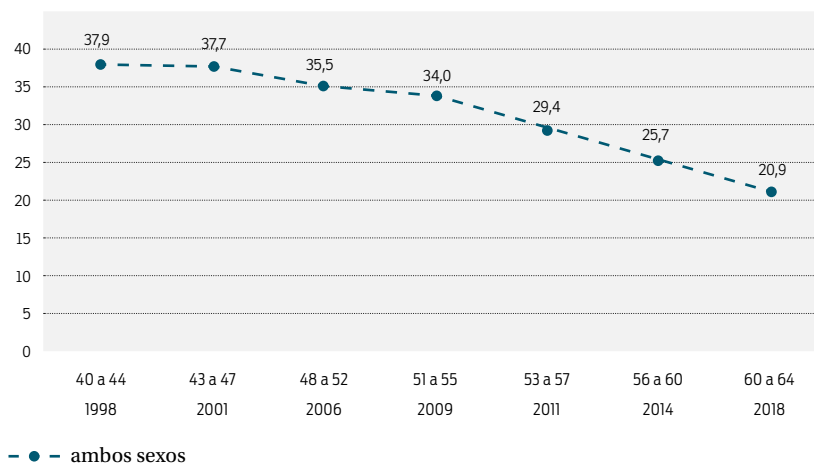
Si se observa a esta *generación* en un lapso de casi treinta años, se destaca que en la adolescencia la cuarta parte ya era fumadora y que la cúspide en el porcentaje de fumadores se ubica en torno a los 25 años (más del 40% de la generación era fumadora entre los 23 y 27 años) (véase gráfico 12). A partir de ese momento se registró un descenso —con algunas oscilaciones— en el porcentaje de fumadores y este se mantiene hasta la actualidad, cuando la cohorte ficticia tiene entre 43

Gráfico 12. Evolución del consumo de tabaco en la cohorte de personas nacidas entre los años 1971 y 1975. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 1990), la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

Gráfico 13. Evolución del consumo de tabaco en la cohorte de personas nacidas entre los años 1954 y 1958. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

y 47 años. La primera caída importante en la prevalencia se dio cuando esta generación tenía menos de 30 años (fines de los años noventa). La segunda caída coincidió con el momento en que se aplicaron las principales medidas para el control del tabaco y esta generación tenía más de 35 años.

Una vez observada la trayectoria del vínculo con el tabaco de personas que a inicios de los años noventa eran adolescentes, se realizó el mismo ejercicio para la generación de personas que a fines de los años noventa tenía 40 o más años. En esta cohorte, la prevalencia de fumadores cayó a casi la mitad en los últimos veinte años. Si bien se evidencia una tendencia al descenso a partir del año 2006, las dos caídas más pronunciadas se registraron después del año 2009, cuando ya superaban los 50 años. Este aspecto puede estar asociado a distintos

factores; por un lado, al paquete de medidas adoptadas para el control del tabaco, y por otro, a la tendencia a la cesación del consumo de tabaco que suele registrarse en la transición a la vejez⁶² (De Sousa Antunes, 2011) y a la menor esperanza de vida de las personas fumadoras (a medida que la generación se va poniendo más vieja, es razonable considerar que las probabilidades de morir de las personas fumadoras son mayores respecto a otros grupos).

En el período reciente (año 2018) una generación tiene más de 40 años y la otra más de 60 años. Ambas registran, en las últimas décadas, un notorio descenso en la prevalencia del consumo de tabaco y es posible atribuir parte de ese descenso a las políticas adoptadas en el país. Menos del 25% de la generación más joven, que actualmente tiene entre 43 y 47 años, es fumadora. La generación más vieja, cuando en el año 2001 alcanzó esa edad, registraba casi un 40% de personas fumadoras.

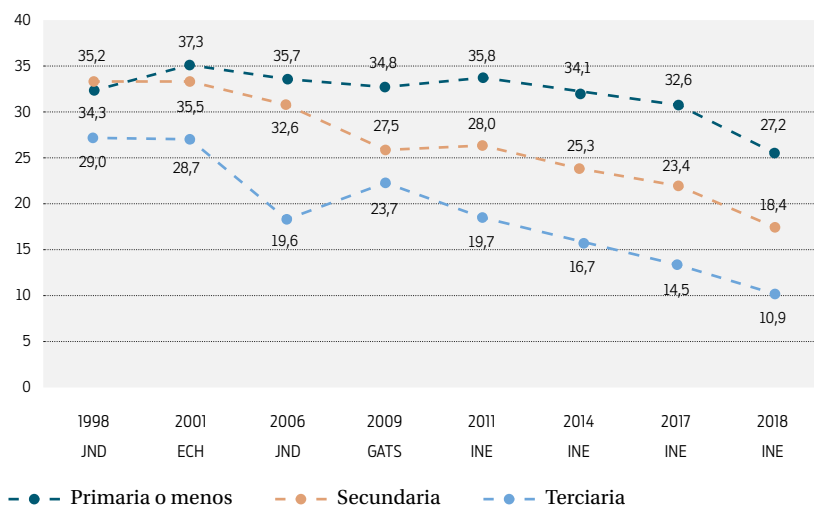
Consumo de tabaco según nivel educativo

El nivel educativo de las personas ha sido un atributo especialmente considerado en el campo de la epidemiología para dar cuenta de los perfiles epidemiológicos de la población. También ha sido una variable importante en el campo de la salud pública para el diseño de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades. El nivel educativo de las personas se asocia con la capacidad para comprender y asimilar información sobre diferentes aspectos relacionados con la salud y con la disposición a modificar prácticas definidas por la medicina como de *riesgo* para la salud. También los enfoques sobre desigualdades sociales en salud (más frecuentes en las ciencias sociales) consideran al nivel educativo

.....

62 La prevalencia del consumo de tabaco siempre suele ser más baja en las edades más adultas.

Gráfico 14. Evolución del consumo de tabaco por nivel educativo de las personas. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

de las personas como un dato clave en la problematización y explicación de estos fenómenos.

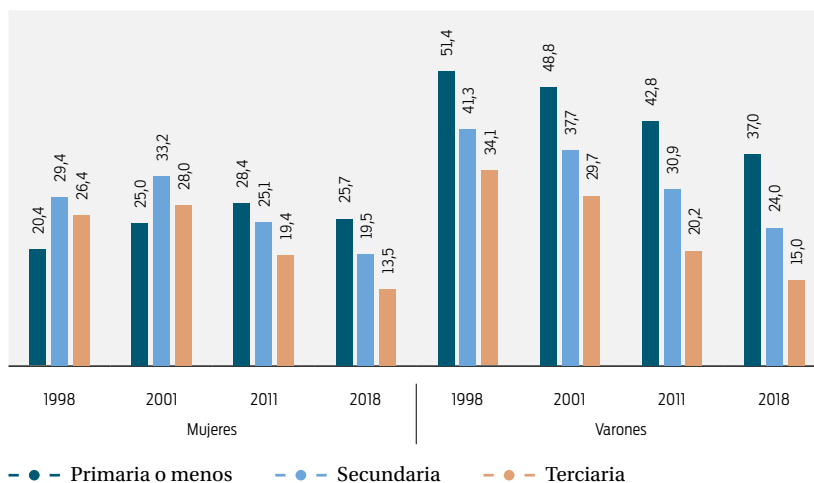
En el caso del tabaquismo, la evidencia muestra muy claramente que las personas de menor nivel educativo son las que sistemáticamente registran una mayor prevalencia. Centrándonos en la realidad uruguaya, y a la luz de las medidas adoptadas en el país, se constata que el consumo de tabaco cayó en personas de todos los niveles educativos (véase gráfico 14). De todos modos, la evolución del consumo en los últimos veinte años registra diferencias según el nivel educativo, especialmente a partir del año 2006. Las personas de nivel terciario fueron las que en mayor medida *reaccionaron* a las medidas, y las personas con educación primaria o menos, las que en menor medida hicieron lo propio. Esta

información puede ser relevante al momento de diseñar estrategias de intervención en sectores focalizados de la población, identificando aquellos grupos en los que parece existir mayor margen para el descenso en la proporción de personas fumadoras.

Cuando se observan las diferencias por nivel educativo en el consumo de tabaco según el sexo de las personas, también se constatan aspectos relevantes para avanzar en el conocimiento de la práctica de fumar. Hay estudios que hacen referencia al *efecto educación* (Jiménez Rodrigo, 2007) en los cambios registrados en el nivel de consumo de las mujeres. Los varones en las últimas décadas han ido disminuyendo el nivel de consumo y este cambio se ha dado antes y con mayor intensidad entre los más educados; en cambio, en el caso de las mujeres, las más educadas fueron las que primero y más contribuyeron al aumento del consumo femenino. El caso uruguayo refleja la situación descrita sobre los varones y, en parte, también la descrita sobre las mujeres. Sin embargo, mientras en los varones el patrón es muy claro —a mayor nivel educativo, menor prevalencia y una tendencia a la baja más pronunciada—, entre las mujeres podemos identificar dos momentos en los últimos veinte años: uno, previo al año 2006 con una tendencia al aumento en el consumo de tabaco y un nivel de consumo mayor entre las mujeres más educadas (secundaria y terciaria); y otro momento, posterior al 2006, con una tendencia a la disminución del consumo y un nivel de consumo menor entre las mujeres más educadas (véase gráfico 15).

La lectura de estos datos sugiere que, si bien el Uruguay no ha sido excepción en relación con los patrones identificados en las tendencias del consumo de tabaco según género y nivel educativo, parece ser que en la actualidad el desafío está puesto principalmente en mitigar los efectos del consumo y buscar su caída entre la población con mayor vulnerabilidad social y de nivel educativo bajo, tanto varones como mujeres.

Gráfico 15. Evolución del consumo de tabaco por nivel educativo según el sexo de las personas. País urbano con 5000 y más habitantes

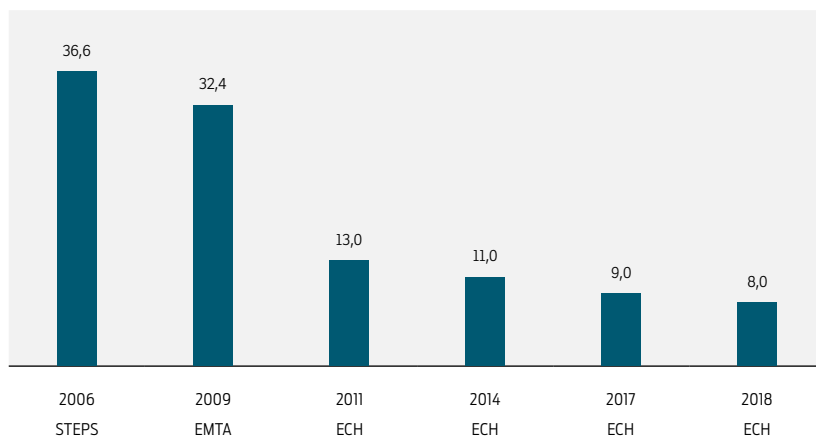


Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Nacional de Consumo de Droga en Hogares (JND, 1998 y 2006), la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2001, 2011, 2014, 2017 y 2018) y la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009).

Exposición al humo de segunda mano en el hogar

La investigación en el campo de la medicina ha demostrado una relación entre el tabaquismo pasivo o humo de segunda mano y la enfermedad coronaria (Sandoya, 2011). Se afirma que el consumo de tabaco tiene efectos directos sobre las personas fumadoras y sobre sus entornos y que el humo de segunda mano afecta sobre todo a poblaciones consideradas más vulnerables desde el punto de vista sanitario. En Uruguay, desde el año 2006, la legislación estipula que no se puede fumar en ningún lugar de trabajo y en ningún lugar público cerrado, incluidos los clubes, los bares y los restaurantes. En línea con estas acciones, el Ministerio de Salud, a través de guías para el abordaje del tabaquismo en los servicios de atención sanitaria (elaboradas en el año 2010) y campañas dirigidas a la población, ha buscado disminuir el

Gráfico 16. Personas de 14 a 64 años que residen en hogares en los que se fuma adentro al menos una vez por semana. País urbano con 5000 y más habitantes



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (STEPS, 2006), la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2011, 2014, 2017 y 2018).

porcentaje de personas expuestas al humo de tabaco en sus propios hogares. Los cambios en la evolución de personas expuestas al humo de segunda mano en el hogar parecen ser evidentes desde el año 2006, y especialmente a partir del año 2009 (véase gráfico 16). En el año 2006, más de un tercio de las personas de entre 14 y 64 años residían en hogares en los que se fumaba adentro al menos una vez por semana; en el año 2018, únicamente 8 cada 100 personas se encuentran en esa situación.

La exposición al humo de segunda mano en el hogar, en la medida en que representa un factor de riesgo para la salud, podría implicar mayor complejidad en algunos contextos sociofamiliares. Nos detendremos en dos situaciones que, de ser consideradas, ameritan un abordaje particular,

Tabla 6. Prevalencia en hogares en situación de hacinamiento. País urbano con 5000 y más habitantes para la población de 14 a 64 años de edad

	2006	2011	2018
Prevalencia de fumadores actuales	29,0	35,0	32,0
Fuman dentro del hogar		13,0	10,0

Nota: El índice de hacinamiento es el cociente entre la cantidad de habitaciones del hogar (sin contar baños ni cocinas) y el total de integrantes del hogar, siempre que ese cociente sea mayor estricto que 2.

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2006, 2011 y 2018).

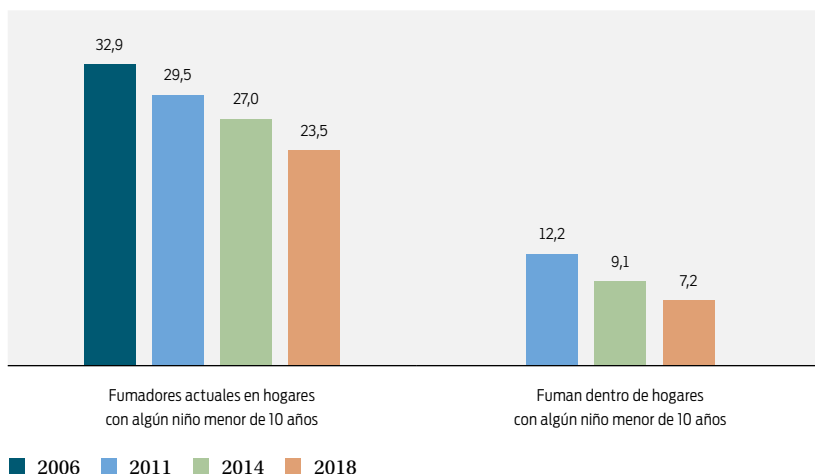
interinstitucional y multidisciplinar: los hogares con hacinamiento⁶³ y los hogares con la presencia de niños.⁶⁴

Desde el año 2006 al último dato disponible (2018), la proporción de hogares en situación de hacinamiento con personas fumadoras⁶⁵ se ha mantenido, con oscilaciones, en el entorno del 30%. Sin embargo, el porcentaje de personas que fuman dentro del hogar parece estar disminuyendo, si se toman en cuenta las mediciones realizadas en los años 2011 y 2018. Según el dato más reciente, la relación es de aproximadamente 3 a 1 entre hogares en situación de hacinamiento con

.....

- 63 En el presente estudio se consideran hogares con hacinamiento aquellos que residen en viviendas en las que la cantidad de personas por habitación es mayor a dos (sin contar baños ni cocinas).
- 64 Hogares con presencia de niños/as menores de diez años al momento de la encuesta.
- 65 Nótese que se toma como universo de estudio el total de hogares del país urbano (localidades de 5000 o más habitantes) donde residen personas de entre 15 y 64 años.

Gráfico 17. Prevalencia en hogares con niños menores de 10 años.
País urbano con 5000 y más habitantes para la población
de 14 a 64 años de edad

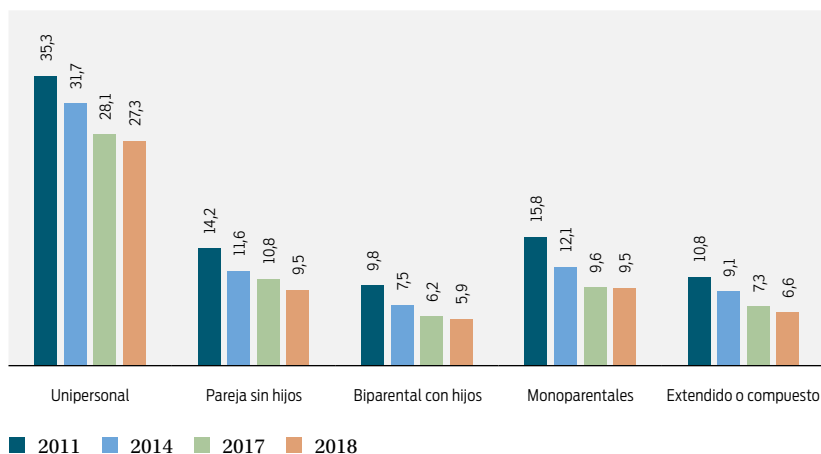


Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2006, 2011, 2014 y 2018).

presencia de fumadores y hogares en situación de hacinamiento donde se fuma dentro.

Por su parte, el porcentaje de hogares con niños y que registran la presencia de fumadores muestra una tendencia a la baja si tomamos como punto de partida el año 2006. Son menos (en términos relativos) los hogares con niños menores de 10 años con algún integrante fumador y también son menos los hogares en los que se fuma dentro. En este caso, la relación también es de aproximadamente 3 a 1, ahora entre hogares con niños donde residen fumadores y hogares con niños donde se fuma dentro. Si bien no es posible delinear una única explicación sobre este descenso, se podría pensar que responde al hecho de que fumar deja de ser una práctica socialmente aceptada y naturalizada. Los adultos fumadores

Gráfico 18. Distribución porcentual de hogares con fumadores según tipología. País urbano con 5000 y más habitantes para la población de 14 a 64 años de edad



Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2011, 2014, 2017 y 2018).

se ven interpelados a no fumar en el hogar e incluso a abandonar la práctica en mayor proporción que una década atrás. Estos fenómenos dejan entrever la muy probable relevancia que ha tenido la política para el control del tabaco en la esfera doméstica y privada.

La distribución de hogares con fumadores según características del hogar tomando en cuenta la existencia de relaciones conyugales, filiales y la presencia de hijos parece ir en línea con la hipótesis de un proceso de desnaturalización del consumo de tabaco cuando hay niños en el hogar. Nótese que son los hogares *no familiares* o unipersonales los que registran la mayor proporción de fumadores; luego se ubican los hogares familiares sin presencia de hijos y los

hogares monoparentales.⁶⁶ El tipo de hogar con menor proporción de fumadores es el hogar biparental con hijos. De todos modos, cabe señalar que en todos los casos se registra una caída del porcentaje de hogares con fumadores desde el año 2011 hasta el 2018.

Recomendación médica para dejar de fumar

En 2009, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional para el Control del Tabaco, puso en práctica la Guía Nacional para el abordaje del Tabaquismo, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Integral de Control del Tabaco aprobada por el Parlamento en 2008.⁶⁷

La Guía establece que todos los médicos deben proporcionar consejo breve a sus pacientes fumadores en todas las oportunidades posibles. Señala que la intervención consiste en generar o aumentar la motivación para la cesación y aportar al paciente algunas herramientas de manejo conductual. Aclara que cuando el profesional dispone de las habilidades y el tiempo necesario, debe realizar una intervención más amplia o integral, que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico. En las ediciones de la Encuesta Continua de Hogares de los años 2011, 2014, 2017 y 2018 se les consultó a las personas fumadoras si habían recibido —en el último año— recomendación para dejar de fumar cuando asistieron a una consulta médica.

.....

66 La evidencia disponible muestra que estos últimos son, en su enorme mayoría, hogares encabezados por una mujer.

67 La ley establece en su artículo 10: «Los servicios de salud públicos y privados incorporarán el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en sus programas, planes y estrategias nacionales de atención primaria de la salud».

Desde la primera medición en el año 2011 hasta el dato más reciente (2018), la proporción de personas fumadoras que consultaron a un médico y recibieron recomendación para dejar de fumar se ubica siempre en el entorno del 40% (véase tabla 7).

Las mujeres son quienes en mayor medida reciben la recomendación médica. ¿Cuáles son las razones que lo explican?

No tenemos certezas, pero sí podemos dejar planteadas algunas hipótesis:

1. Las recomendaciones médicas para dejar de fumar se dan en mayor medida en el primer nivel de atención y son las mujeres quienes consultan con mayor frecuencia en este nivel.
2. Las mujeres son vistas por la comunidad médica como más *predispuestas* que los varones a recibir recomendaciones médicas
3. La recomendación no surge a partir de la pregunta del médico, sino a partir de que el usuario informa su condición de fumador, y son las mujeres las más propensas a *informar* su condición de fumadora en la consulta clínica.
4. El tiempo promedio de consulta es un factor importante para que el médico siga las recomendaciones de la Guía de abordaje del tabaquismo y las mujeres son las que están —en mayor medida— expuestas a consultas de más duración.

A mayor edad, mayor es el porcentaje de personas fumadoras que admiten haber recibido recomendación médica para dejar de fumar, durante una consulta. En la comparación *adultos/jóvenes* aplican las hipótesis 2, 3 y 4 planteadas para explicar la diferencia entre varones y mujeres.

A mayor nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas fumadoras que admiten haber recibido recomendación

Tabla 7. Porcentaje de personas fumadoras que asistieron a una consulta médica y recibieron la recomendación médica de dejar de fumar, según sexo, tramos etarios y nivel educativo. País urbano con 5000 y más habitantes para la población de 14 a 64 años de edad

	2011	2014	2017	2018
Sexo				
Ambos sexos	39,7	41,5	42,5	41,1
Mujeres	46,0	49,6	50,6	48,4
Hombres	34,5	35,0	36,2	35,3
Grupos de edades				
15 a 19	25,1	31,5	27,6	24,7
20 a 34	33,6	34,6	33,4	32,9
35 a 44	38,5	39,9	41,8	39,7
45 a 64	49,9	51,4	53,2	50,8
Nivel educativo				
Primaria	37,8	39,4	41,1	37,8
Secundaria	39,0	41,0	42,1	41,5
Terciaria	45,8	47,5	47,2	45,2

Fuente: Elaboración propia con microdatos de la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (EMTA, 2009 y 2017) y la Encuesta Continua de Hogares (ECH-INE, 2006, 2011, 2014, 2017 y 2018).

médica para dejar de fumar. En la comparación *nivel educativo alto/nivel educativo bajo* aplican las hipótesis 2, 3 y 4 planteadas para explicar la diferencia entre varones y mujeres.

Y puede agregarse otra hipótesis: las mayores posibilidades de empatía en la relación médico-paciente se dan entre médicos y usuarios con nivel educativo terciario. Es factible que

compartan un *universo cognitivo y simbólico en común*, que haya menos distancia social y cultural entre ellos, lo que podría resultar en un clima favorable para que se dé una recomendación médica para dejar de fumar.

En suma

En el período entre 1990 y 2018 se han realizado más de treinta mediciones sobre el consumo de tabaco en la población uruguaya. Las diferencias en la cobertura, en el tramo etario de la población consultada, en los indicadores relevados y en la forma de preguntar provocan que la comparabilidad y la construcción de una serie histórica sobre la prevalencia del consumo de tabaco implique asumir importantes desafíos metodológicos. La presentación realizada en este capítulo es el resultado de asumir tales desafíos, con la estimación de la proporción de fumadores en la población de entre 15 y 64 años residente en áreas urbanas del país.

En 2017, Uruguay registraba el segundo porcentaje más alto de fumadores adultos en el Cono Sur. Esta situación se configuraba a partir de dos situaciones bien diferentes en la prevalencia del consumo de tabaco por género: mientras en el caso de los varones, el país se posicionó en la parte baja de la tabla entre los países seleccionados, la proporción de mujeres fumadoras en el país se ubicaba entre las más altas. Si bien las políticas implementadas por el Estado influyeron en el descenso del consumo de tabaco de varones y mujeres, parecen haber tenido un mayor efecto entre los primeros. Asimismo, se aprecia un efecto *cohorte* en la tendencia de la prevalencia de las mujeres. Es decir, las generaciones más jóvenes de mujeres fuman en mayor proporción que sus pares de mayor edad, al tiempo que se da un proceso de envejecimiento de la población fumadora femenina. Ambas situaciones impactan en la brecha de género en el consumo de tabaco.

En la actualidad, la enorme mayoría de las personas fumadoras —como ocurría en el contexto anterior a las medidas del Estado (1998-2006)— conforman un *núcleo duro* de fumadores *crónicos*, aunque en un nivel claramente más bajo que en ese entonces. Con posterioridad a la aplicación de medidas para el control del tabaco en Uruguay, la tendencia a la baja en el consumo de tabaco se constata en todos los tramos etarios. La importante caída en el consumo de tabaco que registra la población más joven (15 a 19 años) permite afirmar que las medidas adoptadas para el control del tabaco orientadas a la iniciación del consumo han sido muy efectivas en este tramo etario. La población más adulta (entre 45 y 64 años) es la menos *sensible* a las medidas implementadas. Sigue siendo un desafío la disminución del consumo entre las personas de menores ingresos y de contextos de mayor vulnerabilidad social.

La mayor probabilidad de ser fumador, tanto en varones como en mujeres, ocurre entre los 20 y los 44 años. Ser joven incrementa la probabilidad de ser fumador; a medida que aumenta la edad, disminuye esa probabilidad. La condición de actividad económica resulta significativa para explicar el consumo de tabaco; es decir, ser económicamente activo incrementa las posibilidades de fumar. Esto puede deberse a varios factores, que conviene explorar; por ejemplo, conocer en qué ramas de actividad esto es más notorio, si está relacionado a las condiciones laborales o al nivel de cumplimiento de la normativa vigente (prohibición de fumar en lugares cerrados), entre otros.

El consumo de tabaco cayó en personas de todos los niveles educativos. De todos modos, la evolución del consumo en los últimos veinte años registra diferencias según el nivel educativo, especialmente a partir de 2006. Las personas de nivel terciario fueron las que en mayor medida *reaccionaron* a las medidas, y las personas con educación primaria o menos, las que lo hicieron en menor medida. Los varones en las

últimas décadas han ido disminuyendo el nivel de consumo y este cambio se ha dado antes y con mayor intensidad entre los varones más educados; en el caso de las mujeres, las más educadas fueron las que primero y más contribuyeron al aumento del consumo femenino.

En 2006, más de un tercio de las personas de entre 14 y 64 años residían en hogares en lo que se fumaba dentro al menos una vez por semana; en 2018, únicamente 8 cada 100 personas se encuentran en esa situación. Según el dato más reciente, la relación es de aproximadamente 3 a 1 entre hogares en situación de hacinamiento con presencia de fumadores y hogares en situación de hacinamiento donde se fuma dentro. La relación también es de aproximadamente 3 a 1 entre hogares con niños donde residen fumadores y hogares con niños donde se fuma dentro. Si bien no es posible delinear una única explicación sobre este descenso, puede conjeturarse que esta caída se debe a la importancia que va adquiriendo la presencia de niños como un *factor protector* en sí mismo.

Las mujeres son quienes en mayor medida reciben la recomendación médica para dejar de fumar. A mayor edad y a mayor nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas fumadoras que admiten haber recibido recomendación médica para dejar de fumar durante una consulta.

Reflexiones finales

La adopción de medidas para el control del tabaco en Uruguay se enmarca en el contexto más amplio de combate a lo que desde la medicina se denominan *factores de riesgo* de las enfermedades no transmisibles. La estructura poblacional de nuestro país, marcada por un proceso de envejecimiento demográfico progresivo y temprano y por el aumento del peso relativo de las defunciones por neoplasias y enfermedades del sistema circulatorio, ha contribuido a colocar estos temas en la agenda de política pública en materia de salud en las últimas décadas, fundamentalmente a partir del costo social, sanitario y económico que ello representa. Sin embargo, a diferencia de lo que ha sucedido con otros de los denominados factores de riesgo, las medidas orientadas a la prevención y disminución de la prevalencia del consumo de tabaco se dirigen no solo a desincentivar el consumo, sino también, con mucho ímpetu, a regular y reducir la producción y comercialización de tabaco.

El control del tabaco en las últimas décadas estuvo signado por el tránsito, desde intervenciones ocasionales de parte de organizaciones de la sociedad civil y algunos gobiernos, al posicionamiento del consumo de tabaco como un problema de salud pública a nivel mundial. La concreción del CMCT en el año 2003 contribuyó de manera significativa en este proceso. En el contexto mundial, se destaca que fue el primer país en ratificarlo en América del Sur y uno de los primeros cuarenta Estados que lo hicieron a nivel mundial. Las medidas subsiguientes colocarían al país como modelo a seguir de cerca ante la mirada internacional.

En estas páginas hemos identificado y narrado ciertos aspectos que destacan del caso uruguayo en relación con la elaboración e implementación de medidas para el control del tabaco. En primer lugar, la firmeza en la implementación de las medidas antitabaco le ha supuesto al país el reconocimiento internacional por su importante adhesión a las directrices del CMCT. En segundo lugar, la velocidad con que tales acciones se pusieron en marcha luego de la ratificación del convenio. En tercer lugar, la presencia de una sociedad civil organizada y activa, que colocó sobre sus hombros la tarea de sensibilizar a la opinión pública y a las elites —políticas, académicas, científicas, médicas— en relación a la relevancia de adherir al combate contra el tabaquismo. En cuarto lugar, el fuerte compromiso político de los gobiernos de turno, con el liderazgo personal del presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, con el amplio apoyo de diversos sectores políticos, sin cuya voluntad y acuerdo las medidas para el control del tabaco podrían haberse truncado. En quinto lugar, el relevante papel de figuras pioneras en el control del tabaco que abonaron el terreno y dieron lugar a que las medidas adoptadas luego de la ratificación del Convenio Marco tuvieran asidero. A ello debe agregarse el escaso éxito de la industria tabacalera —de baja relevancia para el dinamismo de la economía de nuestro país, por cierto— en frenar la lucha contra la *epidemia* del tabaco, con fracasos en su haber incluso en el ámbito legal. Finalmente, pero no menos importante, cabe destacar la gran aceptabilidad social de las medidas implementadas, recogida a partir de diversas mediciones de opinión pública.

La descripción y análisis de las mediciones del consumo de tabaco a partir de encuestas permite afirmar que las medidas implementadas han tenido efectos en la disminución de la prevalencia del tabaquismo. No obstante, se verifican impactos diferenciales según el género, la edad y el nivel socioeconómico de las personas.

En Uruguay se ha avanzado por la vía legislativa en la estrategia MPOWER.⁶⁸ No obstante, otros aspectos que podrían contribuir a la sostenibilidad de las políticas aún no se han cumplido de manera cabal. Entre estos últimos cabe destacar que la política impositiva no ha sido del todo efectiva para desincentivar el consumo de tabaco, en tanto los aumentos de los impuestos no han acompañado el incremento del poder adquisitivo de los hogares. Asimismo, la recaudación por medio de impuestos al tabaco continúa siendo inferior a los gastos sanitarios en que incurre el Estado en materia de prevención y tratamiento de las enfermedades asociadas al tabaquismo.

A pesar de que en la comunidad médica hay consenso acerca de que el tabaquismo es una epidemia para la salud pública, existen aspectos psicológicos, sociales y culturales asociados al acto de fumar que confluyen en que la práctica continúe siendo socialmente aceptada. Además, la industria tabacalera ha generado diversas estrategias para contrarrestar las medidas para el control del tabaco. Estos factores, junto con los impactos diferenciales de las acciones orientadas a la disminución del tabaquismo entre los diferentes grupos sociales, continúan desafiando la elaboración y puesta en marcha de estrategias en el marco de la *lucha* antitabaco.

La hegemonía del paradigma médico-clínico y psicológico en el abordaje del tabaquismo ha tornado complejo poner de relieve las dimensiones sociales y culturales que determinan

.....

68 Monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención, protección a las personas del humo de tabaco, ofrecer ayuda para dejar el tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, fortalecer las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco y aumento de los impuestos al tabaco

que el consumo de tabaco sea una actividad socialmente significativa. Promover miradas interdisciplinarias, no solo en la concepción de las políticas sino también muy especialmente en la investigación, se presenta como un desafío pendiente y necesario. Lo anterior podría contribuir a echar luz sobre las dimensiones sociales y culturales en las que está inmerso el individuo y complejizar así el paradigma hegemónico en materia de salud pública, que en ocasiones podría considerarse algo reduccionista en su atribución de responsabilidad casi exclusiva al individuo para el logro de cambios en sus comportamientos vinculados a su salud. Ello supone incorporar en la concepción de las políticas dirigidas al control del tabaco una mirada de corte estructural y que considere, al menos, la posibilidad de no subsumirse al paradigma prohibicionista. Lo cual podría eventualmente abrir la puerta a la consideración de acciones orientadas a la reducción de riesgos y daños que, por lo demás, podrían mostrarse más efectivas en un contexto en el que la reducción del consumo de tabaco parece haber alcanzado un nivel donde la mayoría de los consumidores son fumadores crónicos. Entre estos últimos, la política de corte prohibicionista parece haber llegado a su techo.

De todos modos, las políticas prohibicionistas no solamente recayeron en el individuo, sino que además colocaron el foco en la iniciación tabáquica. A la luz de los análisis presentados en este estudio, estas acciones parecen haber sido exitosas en su pretensión de disminución de la prevalencia del tabaco.

Luego del *boom* de las medidas de control del tabaco, el desafío principal parece ser evitar el estancamiento y continuar profundizando la política antitabaco. Para ello, se hace necesario renovar la unión estratégica entre el Gobierno y la sociedad civil, así como también la voluntad política, que han sido los grandes determinantes de los logros obtenidos

en materia de control del tabaco en Uruguay y abrir la discusión sobre nuevos enfoques y modelos para la evitación y cesación del consumo de tabaco en el país, incorporando la dimensión de género y generaciones y sin dejar de considerar las desigualdades socioeconómicas.

Dos visiones sobre el proceso reciente en Uruguay

Para dar cuenta del proceso reciente de nuestro país en el marco de las acciones orientadas al control del tabaquismo, entrevistamos a dos personalidades claves en el proceso del que damos cuenta en estas páginas: el presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, y la Dra. Adriana Blanco, asesora regional de la OPS. A continuación, reproducimos ambas entrevistas.

Entrevista al Dr. Tabaré Vázquez

¿Cuáles fueron, en su juicio, los principales aliados institucionales que tuvo el Gobierno en las acciones implementadas para el control del tabaco en Uruguay?

Para contestar esta pregunta debemos referirnos a un dato histórico que aplica a nuestro país. Uruguay ha desarrollado y consolidado una política de Estado en relación con la lucha contra el tabaquismo, siendo reconocido internacionalmente como un país líder en la materia gracias a la adopción de medidas tendientes a mitigar las devastadoras consecuencias para la salud que provoca el consumo de productos derivados del tabaco.

Los principales aliados institucionales que tuvo el Gobierno para llevar a la práctica las medidas que constituyen el eje central de la lucha contra el tabaquismo fueron, en el plano internacional, la

Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría del Convenio Marco de la OMS sobre el control del tabaco. Asimismo, tenemos que destacar el apoyo de la sociedad civil y de distintas ONG internacionales como la Fundación Bloomberg, la Unión Internacional Contra el Cáncer y Tobacco Free Kids.

Mientras que en el plano internacional el compromiso de estas organizaciones se exhibía explícitamente, en el plano nacional, instituciones gubernamentales, personas públicas no estatales y ONG se sumaron al apoyo del conjunto de medidas adoptadas por el Gobierno con el objetivo de reducir el consumo de tabaco. Así, el Ministerio de Salud Pública y las instituciones paraestatales Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular contribuyeron decisivamente a las políticas de control de tabaco.

Lo mismo ocurrió con las ONG que funcionan en el país y tienen por objeto proteger la salud humana.

¿Qué hitos destaca de todo el proceso?

¿Qué antecedentes previos al primer gobierno del Frente Amplio considera relevantes?

En el año 2003, la OMS aprobó el Convenio Marco Contra el Tabaco (CMCT), que suscribieron 168 países. Un año después, el Parlamento uruguayo aprobó su ratificación y el presidente Jorge Batlle entregó este documento en la ONU.

Hasta tanto, y a pesar de la evidencia científica, el Estado mostraba excesiva preocupación por no afectar la recaudación proveniente de la industria tabacalera.

Impulsos solitarios de organizaciones no gubernamentales empujaban a definir una responsabilidad empresarial, con el objetivo de que las empresas asumieran el compromiso de cuidar y proteger el entorno de trabajo, asegurando un ambiente seguro

y saludable, bajo el lema de construir edificios libres de humo de tabaco, es decir, ambientes capaces de garantizar el derecho de todas las personas a respirar aire no contaminado.

Ahora bien, a partir de la llegada al gobierno del Frente Amplio, en el año 2005, a los ambientes libres de humo de tabaco se sumaron las siguientes iniciativas: a) el incremento de los precios de los cigarrillos; b) la prohibición de promoción y patrocinios basados en productos derivados del tabaco; c) la eliminación de términos engañosos y diseños basados en colores que dieran la falsa sensación de estar en presencia de productos menos dañinos que otros; d) la colocación de advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos; e) la medida de ampliar el tamaño de las advertencias, llegando a cubrir el 80% de las presentaciones; f) la determinación de la presentación única por marca de cigarrillos, eliminando las variantes; g) la incorporación en todo el sistema de salud de tratamiento gratuito a todos los fumadores que quisieran abandonar su adicción; h) el empaquetado, etiquetado y diseño neutro o genérico de todos los productos de tabaco y la uniformidad de los envases de cada tipo de producto, impuesto por la ley n.º 19723, de 21 de diciembre de 2018. El epílogo de esta fase comienza a regir a los doce meses desde la promulgación de la ley citada.

¿Cuáles considera que han sido las principales barreras que se han tenido que sortear durante el proceso?

La única y poderosa barrera fue, es y será siempre la *industria tabacalera* que, a pesar de haber sufrido la más profunda derrota internacional ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones con nuestro país, no cesa en recurrir a la vía jurisdiccional, toda vez que se siente amenazada por el avance de la tutela de la salud pública, iniciando procesos de amparo, promoviendo acciones anulatorias y recurriendo actos administrativos que materializan tutelas sanitarias; a pesar de que su suerte —hasta ahora— ha sido estéril.

Lo importante es que Uruguay conoce a su enemigo y su enemigo conoce a Uruguay. Por tanto, cada vez que el Gobierno promueve medidas antitabaco, se encontrará con la barrera de la industria, que tratará de desarticularlas.

Empero, las decididas acciones adoptadas permanecen indemnes, gracias a la legitimidad de aquellas, fundadas no en diatribas dialécticas, sino que en literatura constitucional y, muy particularmente, apoyadas por la población en general, que comprendió que, lejos de cercenar las libertades individuales, las medidas de control del tabaco tienen como objetivo fundamental preservar la salud de todos.

¿Cómo evalúa la reacción de la industria tabacalera frente a las acciones del Gobierno orientadas al control del tabaco?

En este punto, se coincide con la visión del tribunal arbitral que desestimó el arbitraje promovido ante CIADI por Philip Morris Brands Sàrl, Philip Morris Products S.A. y Abal Hermanos S.A. (empresa local), en cuanto a que la industria tabacalera percibe a las medidas de control de tabaco como una cuestión exclusivamente comercial, que le privan de mantener o aumentar la venta de los productos que fabrica y las ganancias asociadas. Entonces, se agravan por el menoscabo del uso y goce de sus inversiones, con prescindencia de la salud de la población, de los consumidores, de sus clientes. Es sabido que la industria tabacalera es la única que mata a sus propios consumidores.

La reacción de la industria tabacalera frente a las acciones orientadas al control del tabaco, en la medida que se encuentra enfrentada al reconocimiento del derecho a la salud como inherente a la condición humana, naufraga cuando el Estado manifiesta la voluntad expresa e inequívoca de asumir un rol activo, conforme lo impone expresamente la Constitución de la República cuando ordena la protección de la salud de la población, en tanto valor jurídico supremo, que el mismo Estado debe atender y defender.

- ¿Qué aspectos destaca del caso Philip Morris?**
¿Cuál cree que fue el objetivo de la empresa?
¿Cuál es su evaluación de los resultados en este caso?

El aspecto central que destaca el caso de Philip Morris es que, por primera vez, un tribunal arbitral con competencia en cuestiones relativas a inversiones, en lugar de optar por argumentos comerciales para decidir la cuestión puesta a su conocimiento, prefirió respetar el fundamento sanitario de la determinación política adoptada por nuestro país. Enfatizando que sus expectativas comerciales están sometidas a los compromisos y declaraciones de naturaleza específica del Estado. La protección de la salud pública por sobre el derecho al comercio es el aspecto que más destaca el caso de Philip Morris.

En cuanto al objetivo de la empresa, es claro que llevar a juicio a la República Oriental del Uruguay, le significaba crear un precedente que podía ser aplicable a los demás países donde Philip Morris comercializa sus productos; y teme por acciones similares a la adoptada por Uruguay. Entonces, se buscaba el escarmiento como fórmula o instrumento ejemplarizante para otros Estados. Finalmente, la evaluación que se hace del resultado de este caso es francamente positiva.

Uruguay no solo tenía derecho a adoptar soberanamente las medidas para proteger la salud de su población, sino que pudo probar el derecho que le asistía.

- ¿Cuál es su opinión sobre el alto nivel de aceptación ciudadana a las medidas adoptadas durante su primer gobierno en relación al control del consumo de tabaco?**
¿Por qué cree que se dio?

Uruguay es un país de elevada cultura e inteligencia, que muestra convicción y firmeza en el acatamiento, entre otras, de las reglas sanitarias. Por eso es que sin la convicción y la firmeza del pueblo uruguayo no podríamos haber alcanzado

todas las metas que nos propusimos en nuestra lucha contra el tabaquismo.

¿Cómo evalúa la situación actual?

¿Cuáles son los principales desafíos a futuro?

Somos el primer país de América en estar libre de humo de tabaco y en adoptar los lineamientos del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Aplicamos todas sus directrices y desarrollamos una regulación que aborda los distintos aspectos involucrados con el control del tabaco.

Ahora bien, somos conscientes de que no solamente el tabaquismo nos destruye, sino que el alcoholismo, la dieta malsana y el sedentarismo también recaen violentamente sobre la salud de nuestros pueblos.

Las enfermedades no transmisibles, en su conjunto, representan el 70% del total de las muertes en el mundo. Y lo más dramático es que la mayoría de las muertes prematuras por ENT podrían haberse prevenido o retrasado. En consecuencia, existe un desafío a futuro y coincide con el imperativo que tienen los gobiernos del mundo de trabajar a favor de la cobertura universal de la salud, de manera que todos puedan acceder al derecho humano que les es inherente de todos los seres humanos: el derecho a la salud.

Entrevista a la Dra. Adriana Blanco⁶⁹

¿Cómo evalúa y posiciona al proceso que ha transitado Uruguay en torno al control del tabaco en perspectiva comparada con el contexto internacional?

El proceso de Uruguay ha sido muy bueno porque ha ido sumando diferentes medidas, y eso es lo más importante. El país fue aplicando las medidas que ya están comprobado que funcionan, e incluso adoptó otras medidas de carácter innovador a fin de contrarrestar las reacciones de la industria. Sin dudas, el proceso uruguayo es un ejemplo para otros países. Existió una conjunción de voluntad política con una sociedad civil fuerte en el país, y eso es una de las cosas más destacables que tiene el proceso de Uruguay. Seguramente haya facilitado el hecho de que sea un Estado unitario; los países federales tienen una complejidad agregada por la estructura de gobernanza del país. Hay otros países han hecho o están intentando un camino similar. Tal vez el que tenga más puntos en contacto con la experiencia de Uruguay sea Panamá. En este país también se ha hecho una aproximación metódica a la implementación de medidas, generando una sinergia entre ellas. En Panamá también hay una persona clave que, si bien no es el presidente, ha podido incidir políticamente, tiene una opinión muy respetada y ha llevado adelante el tema, acompañada de una sociedad civil no tan extendida como la de Uruguay, pero también activa.

.....

69 Si bien la Dra. Blanco es funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud, las opiniones expresadas en esta entrevista son de su exclusiva responsabilidad y no representan necesariamente las decisiones ni las políticas de la OPS.

¿Qué factores considera que fueron determinantes para que en Uruguay se adoptara un amplio paquete de medidas recomendadas por la OMS en torno al control de tabaco?

Tener un presidente oncólogo, que mantuvo su visión como tal siendo presidente, no es una cosa menor. Se aunaron la voluntad política de tomar acción en el tema por parte del presidente Tabaré Vázquez con una sociedad civil que estaba pronta para sugerir lo que había que hacer. Un grupo de actores individuales⁷⁰ fueron importantes en los inicios del proceso; luego, a principios de los años 2000, se creó la Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ANCT). La conformaban diversas instituciones y era un grupo que nunca tuvo siquiera personería jurídica, pero que funcionaba muy bien porque permitía que gente como yo (que en ese entonces era del gobierno municipal) pudiera ponerme el sombrero de la alianza y decir cosas, que si las hubiera tenido que decir a nombre de la Intendencia hubiera sido un poco más comprometida. Entonces también era un ámbito de discusión donde la gente del Gobierno —estaba la gente del Ministerio de Salud también— podía salir a decir algo en tanto representante de ANCT.

¿Qué hitos identifica en las acciones para el control del tabaco previas a la firma del Convenio Marco?

En el año 2001 hubo una iniciativa desde la OPS llamada «América libre de humo», donde se trabajó con los países básicamente en medidas de ambientes libres de humo e invitaron a Uruguay. Al año siguiente, la OPS desarrolló un taller sobre ambientes libres de humo en Jamaica y al cual asistieron representantes del Ministerio de Salud y

.....

70 El Dr. Eduardo Bianco (Sindicato Médico del Uruguay) y la Dra. Beatriz Goja (Facultad de Medicina) fueron algunas de las personas importantes en las fases iniciales de la gestación del proceso en Uruguay.

«compraron» la idea. El Uruguay empezó a trabajar en el tema, se hizo un taller explicando lo recibido en Jamaica y se gestó un proyecto para hacer libre de humo a la Intendencia de Montevideo y también a tres hospitales públicos. Lo curioso fue que tuvimos éxito en la Intendencia, pero no tanto en los hospitales; ahí fue muy difícil, no pudimos terminar eso. Entonces esas eran las cosas en las que estábamos. Habíamos hecho un estudio financiado por la OPS sobre análisis de nicotina en fase gaseosa, que tuvo mucha repercusión en la prensa. Era la primera vez que salíamos a medir la presencia de nicotina en los lugares de tránsito de la gente (restaurantes, escuelas, oficinas públicas). Antes del año 2005 se hicieron cosas, se avanzó, nos pusimos a trabajar; pero la llegada del Dr. Tabaré Vázquez le puso mucho más peso, más velocidad.

Además de la OPS-OMS, a nivel internacional, ¿qué otros aliados identifica en el proceso uruguayo?

Afuera del país podemos identificar algunas ONG internacionales. Hubo intervenciones de la Fundación Interamericana del Corazón y de la Framework Convention Alliance. En una segunda instancia apareció la Iniciativa Bloomberg con sus socios (Campaña para liberar a los niños del tabaco, la Union Internacional contra la tuberculosis y otras enfermedades del pulmón, entre otros), que empezó a apoyar al Uruguay al identificarlo como un país que estaba avanzando en las políticas de control de tabaco

¿Cómo evalúa la reacción de la industria tabacalera frente a las acciones del Estado uruguayo para el control de tabaco?

Las interferencias puntuales a cada una de las medidas que el país pretendía tomar es una cosa habitual; no es distinto a lo que hacen en cualquier otro país. El caso Philip Morris contra Uruguay no fue algo común, si bien lo hicieron al mismo tiempo —o trataron de hacerlo al mismo tiempo— en Australia.

Estos juicios fueron una clara intención de demostrar poder. O bien se trató de parar lo que estaba pasando y dar una lección al país, o bien lograr que el país retrocediera en sus acciones y demostrar que se podía hacer presión para que las cambiaran, o bien ganar el juicio y demostrar lo que pasaba cuando un país se animaba a hacer cosas que a la industria no le gustaban. Pero nada de ello sucedió; no pudieron usar al Uruguay como una advertencia a otros países. Entre los factores claves para el éxito uruguayo en el litigio destaco la figura de Tabaré Vázquez y su posicionamiento al respecto, y el apoyo de la Fundación Bloomberg para una asistencia legal al nivel de la que podía tener Philip Morris. El país contó con un bufete de abogados de Estados Unidos. También agrego la expresión de solidaridad de la OPS con Uruguay, que se posicionó a favor argumentando que la industria tabacalera manipulaba e interfería el derecho soberano de Uruguay de proteger la salud de su población. La oficina tiene el mandato de ayudar a los países a defenderse de la industria.

¿Cómo evalúa el alto nivel de apoyo de la ciudadanía a las medidas adoptadas por el país?

Una cosa es el acatamiento, otra cosa es el conocimiento y otra cosa es que a la gente le guste. Creo que en Uruguay se dieron las tres cosas: la gente estuvo de acuerdo, por tanto, las acató y esto porque tenía conocimiento sobre la temática. Las leyes de ambientes libres de humo, en general, son apoyadas por la gente. Porque incluso a los fumadores no les gusta estar en el medio del humo de los otros. Por tanto, ese tipo de leyes generalmente son autosostenibles en todo el mundo. Cuando se realizan encuestas, en general, siempre al inicio rondan el 80% de aceptación y después que están implementadas la aprobación sube aún más porque la gente después que lo ve, le gusta más. Esto no es lo excepcional. Ahora, lo peculiar en Uruguay es que la población estuvo a favor del control del tabaco en general. Y en mi opinión esto se debe a algunos factores, como lo que ocurre antes de

las medidas (decretos) para los ambientes libres de humo, cuando se implementó una campaña llamada «Un millón de gracias». El objetivo fue que la gente conociese las medidas y adelantarse a la posibilidad de que la industria empezara a decir que se estaba estigmatizando a los fumadores; salir a dar las gracias, un millón de gracias, a los que iban a dejar de fumar en los lugares cerrados a partir del 1 de marzo. Fue muy exitosa esa campaña. Entonces yo creo que acciones como estas influyeron. Y, más recientemente, otro factor fue el juicio. Los uruguayos (y aquí hablo desde mi nacionalidad) nos tomamos las cosas como en el fútbol, nos gusta ser los chiquitos que les ganamos a alguien más grande. Con el cierre de la planta en Uruguay (otra estrategia de la industria), los trabajadores en vez de culpar al Gobierno, como pensaba Philip Morris que ocurriría, culpaban a la empresa porque dejaron bien claro que se iban porque se les daba la gana. Entonces creo que todo eso ayudó a que el control del tabaco haya quedado como una política bien vista por la sociedad.

¿Cuáles son los desafíos a futuro del país en la materia?

A mi juicio, lo que le falta a Uruguay para poder entrar en el score perfecto del MPOWER tiene que ver con las políticas fiscales. El aumento de los precios debe acompañar al crecimiento económico del país, de forma que los cigarrillos se hagan menos asequibles. Ahora, de todas maneras, hay que tomar en cuenta que medir el porcentaje que los impuestos representan del precio final puede no ser el mejor método, porque tú puedes tener un país que tiene una cajetilla de cigarrillos que sale un dólar, le pone ciento cincuenta por ciento de aumento y sale dos dólares cincuenta. En suma, revisar la política fiscal, ajustarla para que no haya necesidad de hacer ajustes continuos y que acompañe al crecimiento económico del país. Otro desafío es el de avanzar con la implementación del artículo 5.3 del CMCT, que hace referencia a las medidas para evitar la interferencia de la industria en las políticas para el control del tabaco. Actualmente, la industria está

desarrollando nuevos productos, los cigarrillos electrónicos, los productos de tabaco calentado, que está tratando de ponerlos como productos de menor riesgo. Su foco promocional son los jóvenes. En Uruguay están prohibidos los cigarrillos electrónicos, lo cual no quiere decir que la gente no los use, porque que se venden por internet. Los productos de tabaco calentado entran dentro de la regulación del tabaco, pero igualmente habrá que estar muy atentos a lo que pasa con esos nuevos productos. Debería existir una regulación muy estricta. La comparación de los riesgos no es entre quien fuma un cigarrillo convencional y quien fuma un cigarrillo electrónico; la comparación es entre quien no fuma y aquellos que usan el cigarrillo electrónico. Entonces, por supuesto, aquel que puede dejar de fumar, estaría en una mejor situación que el que se queda usando un cigarrillo electrónico. Porque una cosa está clara: no son inocuos; podrán ser menos riesgosos, pero, hasta el momento, nadie ha comprobado que sean inocuos.

En Uruguay las distintas mediciones sobre la prevalencia del consumo de tabaco, sobre todo en los últimos diez o quince años, muestran una disminución notoria del consumo, que se explica fundamentalmente por una disminución en el consumo de los varones. Esto ha achicado la brecha entre varones y mujeres. ¿Qué reflexión le merece esto?

El achicamiento de la brecha no es solo porque los hombres dejen más, sino porque las mujeres están fumando más. Si tú te fijas en la Encuesta Global de Tabaquismo en jóvenes, de personas de 13 a 15 años en Uruguay y en Argentina, las chicas fuman lo mismo o más que los que los chicos. También es cierto que la mujer tiene más dificultad para dejar de fumar, pero además la mujer está fumando más en determinados países, porque la industria tiene como target a las poblaciones que todavía no fuman mucho, que son los jóvenes y las mujeres. Hay dos políticas que se pueden focalizar en la mujer. Una es la de las advertencias sanitarias: obviamente hay advertencias sanitarias que les interesan a los hombres y hay advertencias

sanitarias que le interesan a la mujer. Y hay que tener cuidado de no pensar en las advertencias sanitarias que presentan a la mujer solo como receptáculo de un bebé. O sea, por un lado, está la mujer embarazada y mamá, y está muy bien que se trate de alcanzar ese público, pero también al resto del público femenino, como ha hecho Uruguay ligando el tema del tabaquismo con el envejecimiento de la piel o el aspecto de la boca, que son otro tipo de cosas que le puede interesar a la mujer. La otra política que quizás necesite algo más de sectorización es la de cesación. Porque, aparentemente, lo que los estudios muestran es que a la mujer le cuesta más abandonar el cigarrillo y una de las cosas que hace que le cueste más es el miedo al aumento de peso. Para la mujer, el aumento de peso es una catástrofe; entonces, cuando empieza a dejar de fumar y ve que aumenta de peso, muchas veces vuelve a fumar.

Para terminar: cuando se orientan políticas que tienen que ver con la regulación del etiquetado plano y la carga impositiva al tabaco, ¿considera que el contrabando es una complejidad adicional?

Que el etiquetado plano pueda aumentar el contrabando es 150% un mito de la industria. Y está comprobado. En Australia se hicieron una cantidad de estudios para demostrar que eso no es así. Una diferencia grande de impuestos transfronteriza obviamente es un incentivo para el contrabando; ahora, que el contrabando se efectivice depende de muchos factores. Depende del grado de corrupción que haya en el país, depende de las redes de contrabando que hayan instaladas en la región, porque las redes de contrabando, contrabandean todo, o sea, no hay una red exclusiva para cigarrillos. No podría nunca dejarse de tomar una medida que se sabe que es la más efectiva como medida individual para disminuir el consumo de tabaco —como lo es el aumento de impuestos— por la amenaza del contrabando. Lo que hay que hacer es solucionar el problema del contrabando. Y ahí el país ya ha avanzado, siendo Parte en el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco.

Bibliografía consultada

ALDERETE, A. (2006). Fundamentos del análisis de regresión logística en la investigación psicológica. *Revista Evaluar*, 6(1), 52-67, *Universidad Nacional de Córdoba*.

BIANCO, E. (2005). Las estrategias para el control del tabaco y su racionalidad. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 171-195.

BLANCO, A. (2007). *Seis años que cambiaron el control del tabaco en el Uruguay: lecciones aprendidas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

BOADO, M., y BIANCO, E. (2011). Tabaquismo en los médicos uruguayos. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26(3), 214-224.

BOADO, M., SANDOYA, E., y BIANCO, E. (2009). *Control del tabaquismo en Uruguay*. Montevideo: Centro de Investigación para la Epidemia de Tabaquismo.

BRITISH ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. (1962). *Smoking and Health. A report of the Royal College of Physicians on smoking in relation to cancer of the lung and other discases*. Londres: Pitman Medical Publishing Co. Ltd.

CARVALHO FIGUEIREDO, V., RUBANO BARRETTO, S., y BASTOS CAMACHO, L. (2017). Control del tabaco en Brasil: avances y desafíos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, sup. 3. Editorial.

COMISIÓN DE HACIENDA. Cámara de Senadores, Uruguay. (2010). *Fondo de financiamiento para la diversificación*

y reconversión de la producción tabacalera. Montevideo: Parlamento Nacional.

DE SOUSA ANTUNES, R. (2011). *Saúde, classes sociais e estilos de vida*. En I. U. Lisboa, *Desigualdades na vida e na morte*. Lisboa: Instituto Universitario de Lisboa.

DROPE, J., SCHLUGER, N., CAHN, Z., HAMILL, S., ISLAMI, F., LIBER, A., ... STOKLOSA, M. (2018). *El atlas del tabaco. Sexta edición*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies.

ECHARTE ACEVEDO, S., y GONZÁLEZ SANTOS, D. (2015). *Normativa sobre control de tabaco en Uruguay*. Montevideo: Centro de Cooperación Internacional de Control del Tabaco.

Empaquetado de cigarrillos neutro: los nuevos mensajes con foco en las mujeres. (13 de diciembre de 2019). *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/empaquetado-de-cigarrillos-neutro-los-nuevos-mensajes-con-foco-en-las-mujeres-20191213133834>.

ERIKSEN, M., MACKAY, J., y ROSS, H. (2012). *El atlas del tabaco*. 4.ª ed. Atlanta: The American Cancer Society, Inc.

ERIKSEN, M., MACKAY, J., SCHLUGER, N., GOMESHTAPEH, I. F., y DROPE, J. (2015). *El atlas del tabaco*. 5.ª ed. Atlanta: The American Cancer Society, Inc.

GAMUNDI, A. (1972). Una realidad: el tabaco uruguayo. *Almanaque del Banco de Seguros del Estado*, 241-248. Recuperado de <https://www.bse.com.uy/almanaques/flips/1972/files/inc/8561c9d1c5.pdf>

INSTITUTO DE CÁNCER DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. (2019). *Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos de Salud de los Estados Unidos*. Recuperado de <https://www>.

cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/humo-de-la-corriente-lateral

JIMÉNEZ RODRIGO, M. L. (2007). *Mujeres y tabaco: la feminización del consumo de cigarrillos en España*. Granada: Universidad de Granada.

JIMÉNEZ RODRIGO, M. (2010). La feminización del consumo de tabaco: ¿convergencia o desigualdad? *Revista Española de Drogodependencia*, 35(3), 285-296.

LUPTON, D. (2003). *La Medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

MINISTERIO DE SALUD. (2009). *Guía nacional para el abordaje del tabaquismo*. Montevideo: Ministerio de Salud.

NAVARRO LÓPEZ, V., y BENACH DE ROVIRA, J. (1996). Desigualdades sociales en salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 505-636.

OBSERVATORIO DE REGIONALISMO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (2016). *Informe de coyuntura. Claves del caso Philip Morris contra Uruguay en el escenario sudamericano*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1970). Informe Anual del Director General a la Asamblea Mundial de la salud y a las Naciones Unidas. *Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado de [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\)-sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22)-sp.pdf?ua=1)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2019a). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado de <https://www.who.int/fctc/cop/about/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2019b). *Fortalecimiento de las sinergias entre la Asamblea Mundial de la Salud y la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (26 de julio de 2019). WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Recuperado de https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2017). *29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

PETERSEN, A., y LUPTON, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. Washington, DC: Sage Publications, Inc.

PROGRAMA DE CONTROL DEL TABACO, EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS, OPS. (2006). *Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: una perspectiva de Derechos Humanos*. Washigton DC: Organización Panamericana de la Salud.

RAMOS, A. (2006). *Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados asociados*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

SANDOYA, E., y BIANCO, E. (2011). Mortalidad por tabaquismo y por humo de segunda mano en Uruguay. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26(3), 207-213. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000300008&lng=es&tlng=es.

SICA, A., GONZÁLEZ MORA, F., ABASCAL, W., y LORENZO, A. (2013). Políticas de control del tabaquismo en Uruguay. En Banco Mundial, *Prevención de factores de riesgo de la salud en América Latina y el Caribe: gobernanza de cinco esfuerzos multisectoriales* (pp. 149-178). Washington DC: The World Bank.

TAVARES, D. (2019). *Introdução à Sociologia da Saúde. 2.ª ed.* Lisboa: Almedina.

US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. (1964). *Surgeon General's 1964 report on Smoking and Health*. Washington DC: Public Health Service Publication.

Anexo 1

Tabla de ajustes realizados a las encuestas para el procesamiento de datos

Año	Encuesta	Institución	Rango edad	Prevalencia	Muestra	Área geográfica	Ajuste 1	Ajuste 2
1998	ECH	INE	12 a 64	Fumador actual	3.658	País urbano 5.000 y más	15 a 64	No
2001	ECH	INE	12 a 64	Fumador actual	2.382	País urbano 5.000 y más	15 a 64	No
2006	JND	INE	12 a 65	Fumador actual	7.000	País urbano 10.000 y más	15 a 64	No
2006	ECH	INE	12 y más	Fumador	52.102	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más
2009	GATS	INE	15 y más	Fumador actual	5.581	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más
2011	ECH	INE	12 y más	Fumador actual	65.870	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más
2014	ECH	INE	12 y más	Fumador actual	65.870	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más
2016	Encuesta de la Salud	MSP	14 y más	Fumador actual	4.096	País urbano 5.000 y más		

Año	Encuesta	Institución	Rango edad	Prevalencia	Muestra	Área geográfica	Ajuste 1	Ajuste 2
2017	EMTA-GATS	INE	15 y más	Fumador actual	4.966	Montevideo e Interior	15 a 64	No
2017	ECH	INE	12 y más	Fumador actual	118.268	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más
2018	ECH	INE	12 y más	Fumador actual	108.608	Total país urbano y rural	15 a 64	País urbano 5.000 y más

Anexo 2

Preguntas sobre consumo de tabaco incluidas en las encuestas consideradas en el estudio

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 1990)

¿Tienes costumbre de fumar?

1. Nunca
2. De vez en cuando
3. Habitualmente

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 2008)

¿Fumas cigarrillos habitualmente?

1. Sí, a diario
2. Ocasionalmente
3. No

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 2013)

¿Fumas cigarrillos habitualmente?

1. Sí, a diario
2. Ocasionalmente
3. No

Encuesta Continua de Hogares (ECH 1998)

¿Fuma o ha fumado alguna vez?

1. Sí
2. No

¿Cuándo fue la primera vez que fumó cigarrillos o tabaco?

1. Durante los últimos 30 días.
2. Hace más de un mes, pero menos de un año
3. Hace un año o más.

¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos o tabaco por primera vez?

¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos o tabaco?

1. Durante los últimos 30 días
2. Hace más de un mes, pero menos de un año.
3. Hace un año o más

Encuesta Continua de Hogares (ECH 2001)

¿Fuma o ha fumado alguna vez?

1. Sí
2. No

¿Cuándo fue la primera vez que fumó cigarrillos o tabaco?

1. Durante los últimos 30 días.
2. Hace más de un mes, pero menos de un año
3. Hace un año o más.

¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos o tabaco por primera vez?

¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos o tabaco?

1. Durante los últimos 30 días
2. Hace más de un mes, pero menos de un año.
3. Hace un año o más

Habitualmente, ¿cuántos cigarrillos fuma diariamente?

1. Menos de 10 cigarrillos
2. Entre 10 y 20 cigarrillos
3. Entre 20 y 40 cigarrillos
4. Más de 40 cigarrillos

Encuesta Continua de Hogares (ECH 2006)

¿Usted fuma?

1. Sí
2. No

**Encuesta Continua de Hogares
(ECH 2011, 2014, 2017, 2018)**

¿Actualmente fuma algún producto de tabaco con humo?

1. **Sí, fuma**
 - Cigarrillos manufacturados**
 - Diariamente
 - Algunos días
 - Cigarrillos armados a mano**
 - Diariamente
 - Algunos días
 - Otro**
 - Diariamente
 - Algunos días

2. **No fuma porque dejó hace menos de un año**

3. No fuma porque dejó hace más de un año

4. Nunca fumó

Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (JND 2006)

¿Ha fumado cigarrillos alguna vez en la vida?

0. No corresponde

1. Sí

2. No

8. No sabe

9. No contesta

Primera vez que fumó cigarrillos

0. No corresponde

1. Durante los últimos 30 días

2. Hace más de un mes, pero menos de un año

3. Hace más de un año

9. No contesta

Edad que tenía cuando fumó por primera vez

¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 12 meses?

1. Sí

2. No

¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 30 días?

1. Sí

2. No

¿Cuántos cigarrillos ha fumado por día en el último mes?

¿Cuánto tiempo hace que fuma con esa intensidad?

0. No corresponde
1. Durante los últimos 30 días
2. Hace más de un mes, pero menos de un año
3. Hace más de un año
9. No contesta

Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos (GATS, 2009 y 2017)

**¿Actualmente fuma alguno de estos productos de tabaco
diariamente, algunos días o no consume actualmente?**

1. Diariamente
2. Algunos días
3. No consume
7. No sabe

El control del tabaco en Uruguay en perspectiva histórica

Las medidas para el control del tabaco en Uruguay se han consolidado como una política de Estado. Las evidencias científicas acerca de los daños en la salud asociados a la práctica de fumar, junto con los costos sanitarios, económicos y medioambientales generados por el tabaquismo, parecen haber confluído en un amplio consenso respecto a la consideración del consumo de tabaco como un importante problema de salud pública. El país se ha ganado el reconocimiento internacional por su adhesión a las directrices del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y por la firmeza en la implementación de las medidas antitabaco.

Luego del *boom* de las medidas, el desafío principal parece ser evitar el estancamiento y continuar profundizando la política para el control del tabaco. Para ello, se hace necesario renovar la unión estratégica entre el Gobierno y la sociedad civil, así como también la voluntad política, que han sido los grandes determinantes de los logros obtenidos. Asimismo, se invita a abrir la puerta a la discusión sobre nuevos enfoques y modelos para la evitación y cesación del consumo de tabaco en el país.

En estas páginas se realiza un análisis de los principales hitos que constituyen la historia reciente del país en su lucha contra el tabaquismo y de los resultados que ha tenido la política. El libro cierra con entrevistas a una asesora regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y jefa de Secretaría del CMCT y al dos veces presidente de la República Oriental del Uruguay, Dr. Tabaré Vázquez.